

# 初診問診表

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな	
お名前	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日
ご住所	〒 -
自宅電話番号	( ) -
携帯番号	- -
緊急連絡先	自宅 ・ 携帯
明細書の発行	発行する ・ 発行しない

※該当する□に☑を、項目に○をつけてください

本日の体重	kg	院内での体温	℃
-------	----	--------	---

生まれた医院 医院名 ( )クリニック ・ 医院 ・ 助産院 ・ 病院 ・ 産婦人科

在胎週数  満期  ( )週( )日

周産期異常  なし  あり

兄弟 ( )人兄弟の( )番目

集団生活 現在の園名・学校名 ( ) 保育園・託児所・幼稚園・認定こども園

小学校・中学校・高校・特別支援学校・自宅

既往歴  喘鳴  クループ  けいれん  熱性けいれん  溶連菌

小児喘息  アレルギー性鼻炎  アトピー性皮膚炎

その他( )

薬物アレルギー  なし  あり( )

食物アレルギー  なし  あり( )

「あり」の方はいつ頃の検査ですか？

( )

ジェネリック医薬品を処方してもよろしいですか？  はい  いいえ

\*当院では、厚生労働省の推奨により、効果効能に変わりのないジェネリック(後発品)を積極的に処方しています。

\*個人情報保護に関する関係法令を遵守して取り扱いをいたします。

\*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

おがわ小児科