

★お薬手帳、母子手帳があれば見せて下さい。

初診問診票 たいようファミリークリニック

年 月 日

来院時体温 °C 身長 cm 体重 kg (こちらで測ります)

ふりがな		男 ・ 女	自宅電話	()
名前			携帯電話	(母・父・祖母・祖父・その他)
住所	(〒 -)			
生年月日	年	月	日	(歳 ヶ月)
集団保育	なし・ () 保育園・幼稚園・こども園 () 小学校・中学校、その他()			

①本日、来院されたのはどうしてですか？

②妊娠中や出生時に異常はありましたか？
なし・あり ()

③今までに入院や手術をされたことはありますか？ 継続して内服している薬はありますか？
なし・あり () なし・あり ()

④アレルギーの有無について
なし・あり ()

⑤予防接種について
予防接種は今までに受けたことはありますか？ はい or いいえ
定期接種で受けていないものがあれば記入してください。 ()

⑥家族構成の記入をお願いします。その際、ご家族の病歴や持病・お薬の記入もよろしくをお願いします。

	病歴・持病など	アレルギーの有無
父 (歳)		なし・あり()
母 (歳)		なし・あり()
第1子 男・女 歳		なし・あり()
第2子 男・女 歳		なし・あり()
第3子 男・女 歳		なし・あり()
第4子 男・女 歳		なし・あり()

⑦ご家族でタバコを吸う方はいますか？ なし・あり (父・母・その他())

※これらの情報は診療以外には使用しませんので、ご安心ください。ご協力ありがとうございます。