

問 診 票 2

記入日 令和 年 月 日
平成
生年月日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前

〒 -

住 所

自宅電話

学校(幼稚園・保育園)

携帯電話

☆出生歴

出生体重 g

在胎週数 週

★出生時に何か問題がありましたか？

☐ いいえ

☐ はい

☆既往歴

★今まで病気で入院されたことはありますか？

☐ いいえ

☐ はい

頃

で

★喘息、アトピー性皮膚炎、中耳炎、心臓病などの既往はありますか？

☐ いいえ

☐ はい

★食べ物、花粉等のアレルギーはありますか？

☐ いいえ

☐ はい

★痙攣をおこしたことはありますか？

☐ いいえ

☐ はい

歳頃

回

使用している薬

☆アルコール綿で皮膚が赤くなったりかぶれたことがありますか？

☐ いいえ

☐ はい

☆お薬で発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことはありますか？

☐ いいえ

☐ はい

☆家族歴

一緒に暮らしている家族のみ年齢を記入してください。

大きな病気をされたことがある方は病名を記入してください。

祖父 歳 祖母 歳 祖父 歳 祖母 歳



名前

※受診するお子さま本人もご記入ください。