

ファミリータイズクリニック 問診表

記入日 年 月 日

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 H・R 年 月 日生 ( 歳 か月)

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 自宅 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

学校名 (保育園・幼稚園) \_\_\_\_\_

出生時の状況について

・在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 出生体重 \_\_\_\_\_ g

・出生時異常はありましたか?  
いいえ はい(具体的に \_\_\_\_\_ )

今まで入院したり、大きな病気にかかったことはありますか?  
いいえ はい (いつ: \_\_\_\_\_ 歳頃 病名 \_\_\_\_\_ )

ご家族の病気について (父、母、祖父母、兄弟)  
なし あり( \_\_\_\_\_ )

アレルギー (薬・食品) はありますか?  
なし あり( \_\_\_\_\_ )

5. ひきつけを起こしたことがありますか?  
なし あり ( \_\_\_\_\_ ) 歳頃 ~ ( \_\_\_\_\_ ) 回 薬の使用 なし あり

6. 現在、通院中の病気・服用中の薬はありますか?  
なし あり(具体的に \_\_\_\_\_ )

7. 本日の受診について  
予防接種 診察 (本日の症状を記入してください) 体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg

8. 何かご希望があれば記入してください

9. 当院をお知りになったきっかけを教えてください  
HP 兄弟・知人 近所 看板 その他 ( \_\_\_\_\_ )