

澤田こどもクリニック初診問診票

年 月 日

フリガナ お名前		男・女 生年月日（西暦）	年 年齢	月 歳	日 ヵ月
ご住所 〒		携帯： 自宅：			
保育園名・幼稚園名・学校名					
当院の診察券をお持ちのご家族		あり・なし			
診察券をお持ちの方	お名前	続柄 兄・姉・弟・妹			
家族構成について教えてください 父・母・兄・姉・弟・妹・その他 (家族 人)					

■本日お子さんに同伴されたのはどなたですか 父・母・祖父・祖母・その他 ()

■お子さんがこれまでにかかった病気が以下にあれば☑してください

- 熱性けいれん 突発性発疹 水ぼうそう おたふくかぜ
百日咳 溶連菌感染症 RSウイルス感染症
麻疹（はしか） 風疹（三日はしか）
その他 ()

■アレルギーの病気はありますか はい・いいえ

- はいの方
アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎（花粉症）
食物アレルギー（原因)
薬のアレルギー（原因)

■ご家族で遺伝性の病気やアレルギーの方はいらっしゃいますか はい・いいえ

はいの方 (続柄 病名)

■その他何か伝えておきたいことがあればご自由にお書きください

■当院を何でお知りになりましたか

- 家が近い 家族のかかりつけ 当院ホームページ
駅看板 知人や他医の紹介 その他