

問診票

年 月 日

お名前

生年月日

年 月 日

保育園・幼稚園・学校名

記入者

年生

母 ・ 父 ・ その他 ()

1. 来院された理由を教えてください。

☐ 学校健診や乳幼児健診などで指摘された

☐ その他 ()

2. 生まれたときのことを教えてください。

出生体重 _____ g 身長 _____ cm

出生時、出生後に特にかわったことはありませんでしたか？ (あり ・ なし)

“あり”の場合、その内容は？ ()

赤ちゃんの頃、健診などで異常を指摘されたことはありますか？ (あり ・ なし)

“あり”の場合、その内容は？ ()

3. これまでにかかった病気について教えてください。

入院したことはありますか？ (あり ・ なし)

“あり”の場合 (病名： _____ 入院時期： _____)

定期的に治療を継続している病気がありますか？ (あり ・ なし)

“あり”の場合、その病名は？ ()

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (あり ・ なし)

“あり”の場合、具体的に記入してください。 ()

3. ご家族の状況について教えてください。

続柄	年齢	身長	基礎疾患などあればお書きください
父	歳	cm	
母	歳	cm	
兄・姉	歳	cm	
弟・妹	歳	cm	

