

# 初診問診表

特診大 特診小

ふりがな

名前 (男・女)

生年月日 年 月 日 歳 ヶ月

身長\* cm 体重\* kg

住所 〒

電話番号 ① - - ( ) ② - - ( )

家族構成 父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母・( )

生活状況 未就園・保育園・幼稚園・小学校・中学校・(\* )

\*園名・学校名をご記載下さい



出生時の状況

週数 ( 週 日) 出生体重 ( g) 出生・分娩時異常 無 有 ( )

今までの健診で異常を指摘されたことはありますか？

無 有 ( )

今までにかかった病気や入院をしたことはありますか？

突発性発疹 水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん 無熱性けいれん 川崎病  
先天性心疾患 入院歴 ( ) 他院通院中の病気・その他( )

アレルギーはありますか？

無 薬アレルギー ( ) 食物アレルギー ( )  
喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 ( ) その他 ( )

アレルギー検査をしたことはありますか？

無 有 ( 陽性の項目: )

受診されるご本人が成人女性の場合、お伺いします

無 有 ( 授乳中・妊娠中・妊娠の可能性 )

本日はどうされましたか？ 症状の経過を詳細にご記載ください

ご使用中のお薬があれば、「薬手帳」を問診票と一緒にお願いします

本日の体温 \_\_\_\_\_ °C