



～ 問 診 票 (初めての方) ～

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前

生年月日 平成・令和 年 月 日 才 ヶ月

性別 男・女

住所 (〒 -)

電話番号(固定)

(携帯)

園・学校名

身長(cm) 体重(kg) 体温(度)

1、今日はどうされましたか？

発熱 咳 鼻汁 ゼーゼー 嘔吐 下痢 腹痛 湿疹

その他()

・具体的にお書きください。(いつから、どの場所が、どのくらい、今飲んでいるお薬 など)

2、既往歴

3、アレルギー歴 (花粉、食べ物、薬、予防接種など)

4、どんな薬が飲めますか？

A 水薬 B 粉薬 C 錠剤 D カプセル

5、家族構成

父 才 母 才

(第一子 男・女 才) (第二子 男・女 才) (第三子 男・女 才) (第四子 男・女 才)

