

## 初診問診票

受診日	年	月	日	体温	°C	体重	Kg
フリガナ			性別	生年月日			
氏名			男・女	年 月 日 ( 才)			
住所	〒						
電話番号	保護者氏名						
いつからどんな症状ですか？							
なにか飲んでいる薬はありますか？							
アレルギーはありますか？ ない ある (薬品                    食品                    その他 )							
通っている保育園・幼稚園・学校名							
今までにかかった主な病気							
今まで入院したことはありますか？ ない ある (病名                    病院名 )							
小児科かかりつけ診療所に <u>登録している</u> 診療所はありますか？ ない ある ある場合は最後に受診した日を記載ください。                    年 月 日							