

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</u> している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							