

新患問診票



フリガナ	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
お名前						
ご住所	〒 新潟市 市	電話番号	()			
		携帯番号	()			
診察券をお持ちのご家族 なし ・ あり (カタカナ)						

受診したお子さんについてお答えください

★妊娠期間 _____ 週、出生時体重 _____ g

★お子さんは _____人中 _____番目。きょうだいの年齢と性別 ()

★_____ こども園 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高校

★今まで大きな病気にかかったことや現在治療中の病気はありますか (はい ・ いいえ)

はいの方：病名 () お薬 ()

★アレルギーの病気はありますか (はい ・ いいえ)

喘息 ・ アトピー ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー () ・ 薬アレルギー ()

★今までかかったことのある病気を○で囲んでください

突発性発疹 ・ RSウイルス感染症 ・ 百日咳 ・ 水痘 ・ おたふく

熱性けいれん ・ その他 (ご自由にお書きください)

★当院をお知りになったきっかけを教えてください。(✓を入れてください。)

とおりがかりに見た 当院ホームページ 知人から 家族がかかったことあり
ネット情報 看板 電柱看板 タウン情報誌 その他 ()

※お書きいただいた情報は診療目的以外には使用いたしません。