



体温 _____ °C 体重 _____ Kg

お名前でも呼んでもよろしいですか？

はい ・ いいえ

保険証・受給者証のコピーをとらせて頂いてよろしいですか？

はい ・ いいえ

さくらキッズクリニック はじめて受診される方の問診票

ふりがな			
お名前			
年齢	歳	か	月
性別	男	・	女
ご住所	〒		
お電話	()		
兄弟関係	()人兄弟の()番目		
学校・幼稚園など	()保育所 ・幼稚園 ・小学校 ・中学校		
症状	いつから		
	どんなご様子		
アレルギー	不明 ・ なし ・ あり		
	あり	薬	()
		食物	()
		その他	()
体にあわないお薬 (副作用など)	なし		
	あり()		
今使っているお薬	なし		
	あり()		
出生時について	在胎週数	週 日	
	出生体重	g	
	異常	なし	仮死
既往歴 (かかったことのある病 気)	中耳炎 ・ みずぼうそう ・ おたふくかぜ		
	熱性けいれん ・ ぜんそく ・ じんましん		
	その他()		
家族の病歴	花粉症 ・ ぜんそく ・ けいれん ・ 結核 ・ アレルギー		
	その他()		
当院を何でお知りになりましたか？	・当院のホームページ ・他のインターネットの検索 ・電柱広告 ・近所 ・友人 ・家族 ・ちらし ・その他()		
ご要望			