

藤戸小児科 初診問診票 (当院初めての方) 令和 年 月 日

受診者名 (男・女) (第 子)

フリガナ 生年月日: . . (才 ヶ月)

体重: kg 身長: cm 出生時体重 g

住所: 〒 —

自宅 TEL: 携帯:

保護者氏名 (続柄 : )

1. 本日の来院理由をお聞かせください。 (本日の体温 . 度)

1)

2)

2. 過去に大きな病気にかかったことがありますか? アレルギーはありますか?

3. 今までに受けた予防接種を、お教えてください。

小児用肺炎球菌・ヒブワクチン・四種混合・BCG・ロタウイルス・B型肝炎

麻疹風疹 (MR)・水痘・おたふくかぜ・日本脳炎・三種混合・ポリオ

その他 ( )

4. 家族の方で、大きな病気の方やアレルギーの方はおられますか?

5. 薬はどのような剤型が好きですか? (シロップ・粉剤・錠剤・全てが嫌い)

6. 診察上、質問したいこと、しんぱい事などありましたら、ご記載ください。

※ 来院時、保険証、医療証、母子手帳、お薬手帳を受付にお渡しください。