

ID

## 新規患者問診票

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日：平成/令和 年 月 日 年齢： 歳 ヶ月 現在の体重： \_\_\_\_\_ kg

通っている学校・幼稚園・保育園： \_\_\_\_\_ 体温： \_\_\_\_\_ °C

住所：〒 \_\_\_\_\_ 市・町 \_\_\_\_\_

携帯電話： \_\_\_\_\_ (母・父・その他) 自宅電話： \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

※当院からメールでお知らせをお送りしてもいいですか？ ( はい ・ いいえ )

### 妊娠中・出生時について教えてください

- 妊娠中・出生時の異常 ( なし ・ あり )  在胎週数 ( 週 日 )  
 出生体重 ( \_\_\_\_\_ g )  生まれた病院 ( \_\_\_\_\_ )

### お子様がいままでにかかれた病気について教えてください

- 大きな病気、入院、手術の経験はありますか？  
時期： ( \_\_\_\_\_ ) 病名： ( \_\_\_\_\_ )
- アレルギーはありますか？ あれば○をつけてください。  
喘息 ・ 鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物 ・ 薬剤 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )  
原因物質 ( \_\_\_\_\_ )
- 下記のなかでかかったことのある病気はありますか？ あれば○をつけてください。  
麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふく ・ 百日咳 ・ けいれん ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 普段通院している病院をご記入ください。(医院名： \_\_\_\_\_ )

### 家族構成について教えてください

- ご兄弟 ( \_\_\_\_\_ 人中 \_\_\_\_\_ 人目 )  
・名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 ・名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢： \_\_\_\_\_ 歳
- 大きな病気、入院、手術をされた方はいますか？ ( いいえ ・ はい )
- ご家族にアレルギーはありますか？ あれば○をつけてください。  
喘息 ・ 鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物 ・ 薬剤 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (複数回答可)

- チラシ ・ 家族が受診 ・ 自宅が近い ・ 当院スタッフの知り合い  
他の施設からの紹介(施設名： \_\_\_\_\_ ) ・ 知人からの紹介(紹介者： \_\_\_\_\_ 様)  
Facebook ・ 検索サイト( Google ・ Yahoo! ・ その他： \_\_\_\_\_ )  
ポータルサイト( ウィメンズパーク ・ 病院なび ・ caloo ・ その他： \_\_\_\_\_ )  
まみたん ・ バスの車内アナウンス ・ その他( \_\_\_\_\_ )