問診票

ご記入日：　　　年　　月　　日

フリガナ：

お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）　　生年月日：　　　　　年　　　月　　　日

　　　　〒

ご住所：

ご連絡先：電話番号：　　　　　　　　　　　　　　携帯電話：

　　　　　メール　：

乳児の場合：栄養（母乳・混合・人工乳）

　　　　　　離乳食開始月数　　　：生後　　　　か月ごろ

　　　　　　はいはいを始めた月数：生後　　　　か月ごろ

　　　　　　歩き始めた月数　　　：生後　　　　か月ごろ

　　　　　　言葉を話し始めた月数：生後　　　　か月ごろ

　　　　　　保育園など集団生活を始めた月数：生後　　　　　か月ごろ

成人の場合：結婚：未婚・既婚・離婚

　　　　　　喫煙：あり、やめた、なし

　　　　　　飲酒：毎日、週に数回、機会飲酒、なし

　　　　　　運動：日常的にしている、ときどき、していない

　　　　　　仕事：

|  |
| --- |
| 1. 今回の受診に関して、一番のお悩みについて教えてください。 |
| 1. それはいつごろからですか？ |
| 1. その他、医師に相談したいことがありましたらご記入ください。 |
| 1. これまでに大きな病気やケガをしたことがありましたら教えてください。 |
| 1. アレルギーはありますか？　　ある・ない   ある場合、具体的にお願いします： |
| 1. 家族の病歴などで医師に伝えたいことがありましたらご記入ください。 |
| 1. そのほか |

当院についてどこでお知りになりましたか？　　ネット・知人・メディア・ほか（　　　　　　　　　　　）