

ID

初診 問診票 (小児アレルギー外来)

記入日 年 月 日

フリガナ

患者氏名 生年月日 年 月 日 性別 男 女

体重 . kg 身長 . cm

ご記載者 父 母 ご本人 その他 ( )

ご住所 〒

お電話番号 (自宅)

(携帯)

1. アレルギー外来ご受診の理由をお答えください。

2. 治療について、特別に希望されることがありますか。

4. 今までの治療経過について簡単に説明してください。

何歳から

どんな治療を

5. 出生時の様子 妊娠 週 日/体重 g/ 経膈分娩 帝王切開術

6. 出生時の異常 なし あり (内容 )

7. 乳児期の栄養法 母乳 混合 ミルク

8. 兄弟・姉妹 いない いる (人数、年齢 )

9. 今までに入院歴や大きな病気はありましたか

なし あり (内容 )

10. 薬剤アレルギー なし

あり (薬品名 /食品名 /その他 )

11. 家族にアレルギーの方はいますか なし あり

12. お子さんの前で医師に話しにくいことがありますか。

13. 当院はどのようにしてお知りになりましたか？

知人からの紹介  看板  広告  ホームページ

その他 (具体的に )

ご記載ありがとうございました。