



診療申込書

フリガナ	
お名前	
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
性別	男 ・ 女
住所	〒 -
連絡先	自宅：() -
	携帯電話： - - 【母 ・ 父 ・ 本人 ・ その他 ()】
	緊急連絡先： - - 【母 ・ 父 ・ 本人 ・ その他 ()】
何をご覧になって当院へ来院されましたか？ 1：ネット検索 2：看板 3：雑誌・広告 4：知人の紹介 5：口コミ 6：他院からの紹介 7：家族がかかっている 8：バスの車内放送 9：その他 ()	
生活保護の方のみご記入ください。 *市・区役所の担当者名 () *引越しのご予定がある方は下記もご記入ください。 月 日に (市・区) へお引越し予定	

※以下医療機関記入

患者番号：No.	初診来院日：R 年 月 日
1 2	入力者
<input type="checkbox"/> 患者個人情報メモ欄入力 <input type="checkbox"/> 医療券あり <input type="checkbox"/> 医療券なし <input type="checkbox"/> 医療券発行依頼	① ②

患者番号： _____

初診問診表



記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ	生年月日
お名前 (男・女)	平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

☺ 今までにかかった病気を○で囲んでください

突発性発疹 ・ RSウイルス ・ ヒトメタニューモウイルス ・ 中耳炎 ・ 肺炎 ・ 水ぼうそう おたふく ・ 麻疹 ・ 風しん ・ 百日咳 ・ ひきつけ (_____ 歳 _____ 回) ・ 喘息
--

☺ 定期的に受診している病気はありますか？

なし	あり	病名： _____
		病院名： _____

☺ 入院したことはありますか？

なし	あり	病名： _____
		病院名： _____

☺ 薬物アレルギーはありますか？

なし	あり	薬物名： _____
----	----	------------

☺ 今までに受けた予防接種を○で囲んでください

BCG	すみ・未	ロタウイルス	(_____) 回すみ・未
B型肝炎	(_____) 回すみ・未	日本脳炎	(_____) 回すみ・未
ヒブ	(_____) 回すみ・未	二種混合	(_____) 回すみ・未
肺炎球菌	(_____) 回すみ・未	子宮頸がん	(_____) 回すみ・未
四種混合	(_____) 回すみ・未	三種混合	(_____) 回すみ・未
MR(麻疹風疹混合)	(_____) 回すみ・未	ポリオ	(_____) 回すみ・未
水痘	(_____) 回すみ・未	不活化ポリオ	(_____) 回すみ・未
おたふく	(_____) 回すみ・未		

☺ 小学生未満のお子さんは、以下もご記入ください



☺ 妊娠中または出産時に心配なことはありましたか？

なし	あり	妊娠高血圧症 ・ 切迫早産 ・ 帝王切開 ・ 仮死 その他 (_____)
----	----	--

☺ 妊娠週数を教えてください (_____ 週 _____ 日)

☺ 出生時の体重を教えてください (_____ g)

☺ 生まれた病院を教えてください (_____ 病院 ・ クリニック)

☺ 乳児期の栄養方法を教えてください (母乳 ・ 混合 ・ 人工)

☺ 乳児期の発育について教えてください

- ①首のすわり (_____ ヶ月) ②おすわり (_____ ヶ月) ③歩き始め (_____ ヶ月)

【家族歴】

◎ ご家族それぞれにアレルギーがあれば○で囲んでください

	父		喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物アレルギー・薬・動物 アトピー性皮膚炎・じんましん・その他()・わからない
本人に ☆	母		喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物アレルギー・薬・動物 アトピー性皮膚炎・じんましん・その他()・わからない
	第1子 (歳)	男・女	喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物アレルギー・薬・動物 アトピー性皮膚炎・じんましん・その他()・わからない
	第2子 (歳)	男・女	喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物アレルギー・薬・動物 アトピー性皮膚炎・じんましん・その他()・わからない
	第3子 (歳)	男・女	喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物アレルギー・薬・動物 アトピー性皮膚炎・じんましん・その他()・わからない
	第4子 (歳)	男・女	喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物アレルギー・薬・動物 アトピー性皮膚炎・じんましん・その他()・わからない
	第5子 (歳)	男・女	喘息・アレルギー性鼻炎・花粉症・食物アレルギー・薬・動物 アトピー性皮膚炎・じんましん・その他()・わからない

【生活環境】

◎ 同居の方でタバコを吸う方はいますか？

いない・いる → 祖父・祖母・父・母・その他：

◎ ペットを飼っている、または身近にいますか？

いない・いる → 犬・猫・ハムスター・うさぎ・鳥・その他：

◎ じゅうたんを敷いていますか？ はい・いいえ

◎ ぬいぐるみは多いですか？ はい・いいえ

◎ お風呂やシャワーに入る頻度はどれくらいですか？ 毎日・入らない日もある

◎ お風呂やシャワーで石けんやボディソープを使いますか？ はい・いいえ

◎ これまでに気になる症状について教えてください

(いつ、何で、どんな症状、病院にかかったかなど具体的に記入してください)