

# 問診票【A】

記入日 20 年 月 日

ふりがな お子さんのお名前		男・女
生年月日	年 月 日	生まれ ( 才 月)
住所	(〒 - )	
電話番号	① - -	(続柄 )
	② - -	(続柄 )

つながらなかった時のためにお電話番号は①②ご記入お願いいたします。

## 【出生時について】

異常が ( なかった ・ あった )

あった方 → [ ]

## 【家族構成】

お父さん[ 才]、お母さん[ 才]、

兄弟姉妹 ( いない ・ いる )

いる方 → 男・女 [ 才]

男・女 [ 才]

男・女 [ 才]

## 【家族歴】

ご家族で下記の病気の方がいらっしゃる場合は○をつけてください。

気管支喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー:食物( )薬( )

花粉症 熱性けいれん てんかん 発達障害

糖尿病 心臓病 腎臓病 結核 膠原病 その他[ ]

## 【当院をどのようにお知りになりましたか？】

近くだから  知人から  家族から  インターネット  当院の HP  街の広告

その他( )

<ご記入有難うございました>

