

初診問診票

ID:

受付日:

フリガナ

お名前:

性別: 男 ・ 女

生年月日: H ・ R 年 月 日

住所: 〒

県 市

携帯番号(母):

携帯番号(父):

■ 分かる範囲で教えてください

母の出身地: 県 市

■ 受診するお子様について教えてください

出生医療機関:

出生体重: g 妊娠期間: 週 日

兄弟姉妹: 人兄弟 番目 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳

起床時間: : 就寝時間: :

■ 今回の症状で他の病院にかかりましたか?

【 いいえ ・ はい(病院名:) 】

■ 当院をどこでお知りになりました?

☐ 友人知人 ☐ インターネット ☐ 兄弟姉妹が受診あり ☐ 近所・看板

☐ 園・学校 ☐ 助産師・保健師 ☐ 市の案内

☐ 他院からの紹介(夜間救急室・#8000) ☐ その他()

■ タバコを吸う方はいますか?(電子タバコ等を含む)

【 なし ・ 父 ・ 母 ・ その他() 】

■ ペットは飼っていますか?

【 なし ・ イヌ ・ ネコ ・ その他() 】

