

* * 問 診 票 * *

フリガナ（ ） 性 別（ 男 ・ 女 ）
 お名前（ ） 生年月日（ 年 月 日 ）
 ご住所（ ）
 電話番号（ — — ） 携帯電話（ — — ）
 帰省先 住 所（ ）
 （県外の方のみ） 電話番号（ — — ）

✿ 罹患歴 （かかったことがあれば、チェックしてください）

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 突発性発疹 | ☐ 熱性けいれん |
| ☐ 麻疹（はしか） | ☐ てんかん |
| ☐ 風疹 | ☐ 川崎病 |
| ☐ 水痘（みずぼうそう） | ☐ おたふくかぜ |
| ☐ アレルギー（ ） | |
| ☐ 薬物副作用（ ） | |
| ☐ その他（ ） | |

✿ 経過観察中の疾患 （他の医療機関で定期的に受診、投薬ある病気があればご記入ください）

病院名: / 病名:

✿ 家族構成 ※さしつかえない範囲でご記入ください

名前	年齢	お子様のお名前	年齢
父（ ）（ 才）		1（ ） 男・女（ 才）	
母（ ）（ 才）		2（ ） 男・女（ 才）	
		3（ ） 男・女（ 才）	
		4（ ） 男・女（ 才）	
		5（ ） 男・女（ 才）	
		6（ ） 男・女（ 才）	

ご記入ありがとうございます。

上記の情報は当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます。