

# 初診問診票

年 月 日

ふりがな		第	子
名前	(男・女)	続	長男 次男 ( 男)
		柄	長女 次女 ( 女)
昭和	平成	年	月
生年月日	令和	日	歳
住所	〒		
※ 帰省中の方はご実家の住所・電話番号・名前も記入をお願いします			
携帯	母	自宅	
父			
今日はどうなさいましたか？ 症状はいつからですか？			
現在 服用中の薬はありますか？			
はい(		) いいえ	
今までに薬や注射で発疹が出たり具合の悪くなったことはありますか？			
はい(		) いいえ	
アレルギーはありますか？			
はい(		) いいえ	