

初診問診票

フリガナ	男	年 月 日 生まれ 現在 歳 ヶ月				
氏名	女					
住所 〒	TEL		携帯番号			
妊娠中の異常	なし・あり ()					
出生時の状況	在胎 週					
	体重	g	身長	cm 頭囲	cm 胸囲	cm
	出生時の異常 なし・あり ()					
家族構成	同居家族 人 兄弟姉妹 人					
今までかかった大きな病気	なし・あり (病名 治療中・経過観察中・治癒)					
	治療中の方は治療内容について()					
入院歴	なし・あり ()					
痙攣	なし・あり ()					
アレルギー	なし・あり ()					
今回はどのような症状で受診されましたか？						