

# 問 診 票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな  
お名前

( 男・女 )

生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

## 1. 既往歴について

今までにかかったことのある病気があればご記入ください。

( )

## 2. アレルギー性の病気（喘息・鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎など）があるといわれたことはありますか？

いいえ・はい ( )

また、薬や食べ物で発疹がでたり、具合が悪くなったことはありますか？

いいえ・はい ( )

## 3. ご家族の方でアレルギー性の病気（喘息・鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎など）があるといわれた方はいらっしゃいますか？

いいえ・はい どなたが ( ) ( )

また、ご家族の方で薬や食べ物で発疹がでたり、具合が悪くなった方はいらっしゃいますか？

いいえ・はい どなたが ( ) ( )

## <出産歴について>

在胎週数 ( 週) 出生体重 ( g)

新生児期に何かご病気はありましたか？

いいえ・はい (病名 )

