

質 問 票

ふりがな		ID	
お名前	男・女		
ご住所	〒 _____		
電話番号	—	—	
携帯番号	—	—	(母 ・ 父 ・ その他)

☆ 当院を受診されたきっかけは何ですか？ (○で囲んでください)

かかりつけの病院 学校の健診結果 乳幼児健診 自己判断

その他 (_____)

☆ 今までに大きな病気にかかったことや、現在治療中の病気がありますか？

なし あり (内容: _____)

☆ アレルギーはありますか？

なし あり (内容: _____)

☆ 何番目のお子様ですか？ _____ 人中 _____ 番目

☆ ご家族についてご記入ください

【 ご両親の身長 】	【 ご両親の二次性徴発来時期 】	【 アレルギー 】
	(わからなければ結構です)	
父 _____ cm	声変わり _____ 歳ごろ	なし あり (_____)
母 _____ cm	初潮 _____ 歳ごろ	なし あり (_____)

【 ご兄弟の身長 】	【 アレルギー 】	
① _____ 歳 _____ ヶ月 (男・女) _____ cm (小 さ め 標 準 大 き め)	なし あり (_____)	
② _____ 歳 _____ ヶ月 (男・女) _____ cm (小 さ め 標 準 大 き め)	なし あり (_____)	
③ _____ 歳 _____ ヶ月 (男・女) _____ cm (小 さ め 標 準 大 き め)	なし あり (_____)	

☆ 他に気になることがありますか？ ありましたらご記入ください (例: 夜尿)