

初診問診票（高校生以上の方）

ご予約日（ 年 月 日）

以下をご記入の上 FAX 0 4 2 2 - 3 9 - 3 3 0 7 まで事前にお送りください。

カルテを準備してお待ちしております。当日来院時に記入することも可能です。

ふりがな		男 ・ 女	住 所	〒（ - ）
お名前				
生年月日	昭和 平成 年 月 日		電 話	（ ）
年齢	（ ）歳		携 帯	（ ）

1. 現在治療中の病気はありますか？
2. 現在飲んでいる薬はありますか？
3. 今までにかかった病気はありますか？
4. 薬に対するアレルギーはありますか？

クリニック記入欄

診察券番号	カルテ入力	スキャナ
-------	-------	------

かえでこどもクリニック 行き FAX 0 4 2 2 - 3 9 - 3 3 0 7

注）FAX 送信の際には番号をよくご確認の上お送りください。（24時間受付）