

初診問診票（中学生までの方）

ご予約日（ 年 月 日）

以下をご記入の上 FAX 0422-39-3307 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				〒（ - ）
お名前		男 ・ 女	住所	
生年月日	平成 年 月 日		電話	（ ）
年齢	（ 歳 カ月）		携帯	（ ）

1. 通園・通学している場合は園名、校名をお書き下さい （ ） 保育園・幼稚園・小学校（ 年）・中学校（ 年）
2. 出生時の体重（妊娠 週 ・ g）
3. 出生時の異常 ない ・ ある（ ）
4. 今までにかかった病気はありますか？ ○をつけてください 喘息性気管支炎 ・ 気管支喘息 ・ 肺炎 ・ 食物アレルギー（食品名： ） 発達障害 ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他（ ） 熱性けいれん → 計 回、 抗けいれん剤の使用： 無 ・ 有
5. 入院されたことはありますか？ いいえ ・ はい（はいの方は以下ご記入ください） 病名： いつ： 年 月 日から 日間 →その後、定期受診はされていますか？ いいえ ・ はい（病院名： ）
6. 薬に対するアレルギーの有無 ない ・ ある（薬名： ）
7. 予防接種について 接種したものに○をつけてください ヒブワクチン ・ 肺炎球菌 ・ ロタウイルス ・ 四種混合 ・ 麻疹風疹混合ワクチン ・ 三種混合 ・ ポリオ ・ B型肝炎 ・ みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 日本脳炎 ・ 二種混合 ・ BCG ・ その他（ ）

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 0422-39-3307

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