

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		男		〒 ()
お名前		・	住所	
生年月日	平成 年 月 日	女		電話 ()
年齢	(歳 カ月)			携帯 ()

1. 通園・通学している場合は園名、学校名をご記入ください () 保育園・幼稚園、() 小学校、() 中学校
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 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 食物アレルギー (食品名:) 発達障害 ・ 便秘 ・ 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 病院名: →その後、定期受診はされていますか？ いいえ ・ はい
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 ()
8. どのようにして当医院を知りましたか？ 家族がかかっている (名前:) ・ 知り合いからの紹介 (名前:) 病院からの紹介 (病院名:) ・ その他 ()

クリニック記入欄

診察券番号		確認事項	名前・住所・年齢	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上お送りください。(24時間受付)