

# 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 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	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？ なし ・ あり （ ）
2. 現在飲んでいる薬はありますか？ なし ・ あり （ ）
3. 今までにかかった病気はありますか？ なし ・ あり （ ）
4. 薬に対するアレルギーはありますか？ なし ・ あり （ ）
5. 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）