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 FAX０４２２－３９－３３０７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・女	住所	〒（　　－　　）
お名前				
生年月日	H・R　　年　　月　　日		電話	（　　）
年齢	（　　歳　　ヵ月）		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？　〇をつけてください
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　接種したものに〇をつけてください
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）