

問診票 初診の方

ふりがな

名前 (男・女)

生年月日 西暦 年 (S H R 年) 月 日 (歳 カ月)

住所 〒

電話番号 (連絡が付きやすい番号を教えてください)

自宅 携帯

就園、就学先

(流行性疾患の場合参考にさせていただきます。差支えがなければ教えてください)

生まれてから大きな病気をされたり、健診でなにか指摘を受けたことはありますか？

ある (具体的に) ない

他院に継続的にかかっている病気などがあれば教えてください

ある (具体的に) ない

定期的に内服しているお薬があれば教えてください。(お薬手帳で代用可能)

ある (具体的に) ない

これまでになんらかの薬で具合が悪くなったことがありますか？

ある (具体的に) ない

アレルギーはありますか？

ある (具体的に) ない

なにか伝えたいことがあれば書いてください

当院を受診されたきっかけを教えてください

(インターネット検索、ホームページ、知り合いの紹介、近所だった、 その他)

お手数ですが、初診の方はもう1枚問診票(発熱用、非発熱用のいずれか)を書いてください。内容が重複するところは省略していただ

いて結構です。来院の際は必ず母子手帳をお持ちください

はつたこどもクリニック