

初診問診票

ご予約(受診日)

年

月

日

以下をご記入の上、FAX 052-851-2120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。ご来院当日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	年 月 日		電話 ()
年齢	歳 九月		携帯 ()

通園・通学している場合は園名、学校名をご記入ください。(予定の方もお願いします)

()保育園・幼稚園・予定 ()小学校 ()中学校

①どのようなことで、受診ご希望ですか？ (あてはまるものを○でかこんでください)

①予防接種・健診・育児相談・その他

②発熱(°C)・咳・鼻水・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐・便秘・発疹

その他

③でお答えの方は・・・

その症状はいつから始まりましたか？

他の病院で治療を受けたり、市販薬など使用されていたら、その内容を教えてください。

②食物、注射、薬などで異常をおこしたことはありますか？ はい いいえ

内容を教えてください()

③今までにかかったことのある病気、症状はありますか？ (あてはまるものを○でかこんでください)

ぜんそく ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ じんましん ・ 食物アレルギー

けいれん ・ 突発性発疹 ・ みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 風疹 ・ はしか ・ 溶連菌感染症

その他

④出生時に何か異常はありましたか？ はい いいえ

()

⑤健診などで何か異常を指摘されたことはありますか？ はい いいえ

()

⑥ご家族で病気の方はいらっしゃいますか？ はい いいえ

()

⑦ご家族で、当院受診された方はいらっしゃいますか？ はい いいえ

お名前()

⑦その他、ご質問などありましたらご記入ください。

ご来院の際は、保険証、医療証、母子手帳をお持ちください。

余語こどもクリニック
TEL 0528512300
FAX 0528512120