

初診問診票

電話(中学生以上の方)

サマリー入力

スキャン

電話・住所

漢字

ご予約日(年 月 日) ご予約時間(:) 科目(注射・診察・登録)

以下にご記入の上 FAX(042-536-3458)にて事前にお送り下さい。

診療・予防接種当日の待ち時間が少なくすみます。恐れ入りますがご記入の際には楷書でお願い致します。

| | | | | | | |
|----------|--------------------|-------------|--------|--------|-----|-----|
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 住所 | 〒(-) | | |
| お名前 | | | 電話 | () | FAX | () |
| 生年 月日 | 昭・平 年 月 日 (歳) | | 携帯 | () | | |
| | | | E-mail | | | |

ごめんですが次の質問にお答え下さい

1. 来院されたきっかけは？

家族がかかっている (名前 生年月日 昭・平 年 月 日)
(名前 生年月日 昭・平 年 月 日)

知り合いから紹介された()

病院から紹介された () ホームページをみて その他 ()

2. 今までにかかった病気

なし・ある ()

3. 現在治療中の病気

なし・ある ()

飲んでいる薬 なし・ある()

4. 薬に対するアレルギーの有無

なし・ある

5. 中学・高校生の方は予防接種について記入してください(受けた場合回数もご記入して下さい)

BCG(受けていない・受けた) ・ ポリオ(受けていない・受けた 回)

三種混合(DPT)(受けていない・受けた 回) ・ ジフテリア+破傷風(受けていない・受けた)

おたふくかぜ(受けていない・受けた 回) ・ 日本脳炎(受けていない・受けた 回)

水ぼうそう(受けていない・受けた 回) ・ 麻しん(はしか)(受けていない・受けた)

風しん(受けていない・受けた) ・ MR(麻しん+風しん)(受けていない・受けた 回)

子宮頸がん(受けていない・受けた 回) ・ その他()

以下クリニック記入欄 *こちらには記入しないでください

2012. 11. 01 j03_初診問診票 (中学生以上)

| | | |
|--------|--------|---------|
| *カルテ番号 | *診察券番号 | *カルテ作成者 |
|--------|--------|---------|

さいわいこどもクリニック 行き (24時間受付)

FAX.042-536-3458

注)FAX 送信の際には番号をよくご確認の上お送り下さい