

# 初診問診票

電話(中学生以上の方)

漢字

電話・住所

スキャン

サマリー入力

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			

ごめんどう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・令 年 月 日 )  
(名前 生年月日 昭・平・令 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

2019.05.01 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