

初診申込書

年 月 日

フリガナ 氏名	様	男・女
生年月日	年 月 日生	歳 ヶ月
住所		
電話番号	保護者	
携帯電話	続柄	

問診表

●どのような症状ですか？

●症状はいつごろからですか？

●今までにかかったおもな病気、けが、手術は？

はしか・おたふくかぜ・水ぼうそう・風しん・百日咳・その他()

●今までに受けた予防接種は？ ①ヒブ 回 ②肺炎球菌 回 ③四種混合 回

④B型肝炎 回 ⑤ロタ 回 ⑥BCG ⑦はしか風しん(MR) 回 ⑧水ぼうそう 回

⑨おたふくかぜ 回 ⑩日本脳炎 回 ⑪インフルエンザ

●妊娠・出産中の異常はありましたか？

なし・あり

●今までに薬や食べ物に対するアレルギー(発疹・下痢など)がありますか？

なし・あり

●医師に伝えたいことがございましたらお書き下さい。

何で当院をお知りになりましたか？

1. 他院からの紹介 2. 知人からの紹介 3. チラシ広告 4. 看板
5. インターネット(ホームページ) 6. その他()

ご記入ありがとうございました。

はせがわこどもクリニック