



医療法人社団 ハーティ友育Tie

おかだ
こどもの森クリニック

受付番号

初めての方 問診票

★ふりがな

★お名前 _____ 男・女

★生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才 _____ ヶ月

★ご住所	〒 _____
★電話番号	_____

★診察前の体温 _____ °C

★ こちらで計測します

身長 _____ cm

体重 _____ kg

★受診された理由に○を付けて下さい

熱 咳 ゼーゼー 鼻水 鼻づまり 吐き気 嘔吐 下痢
頭痛 腹痛 便秘 発疹・湿疹 かゆみ

その他(_____)

★症状は、いつからですか？ _____

★出生体重 _____ g 出生週数 _____ 週 _____ 日

★今までかかった大きな病気、手術等

★ペットはいますか？ いない・いる 種類(_____)

★お済みの予防注射に○を付けて下さい。

BCG 口タ(回) Hib(回) 肺炎球菌(回) 4種混合(回)
三種混合(回) ポリオ生ワクチン(回) 不活化ポリオ(回)
麻しん風疹(回) 日本脳炎(回) おたふく(回) 水痘(回)

★今お通いの学校、幼稚園、保育園

_____ 園・学校 _____ 年 _____ 組

★当院を受診されたことのあるご家族はいらっしゃいますか？ いる・いない

ふりがな _____ お分かりになれば

お名前 _____ 男・女 (_____ 歳) 診察券番号 _____

ふりがな _____ お分かりになれば

お名前 _____ 男・女 (_____ 歳) 診察券番号 _____