

問診票（18歳未満）（記入日 年 月 日）

（差し支えない部分についてご記入ください）

患者氏名(フリカナ):	( )	(男・女)
生年月日:	年 月 日	(年齢: 満 歳 ヶ月)
住所:(〒 )		
電話番号:(自宅)	(携帯)	
保育園・幼稚園・学校名:	(学年:	)
記入者名(フリカナ):	( )	(続柄: )

① いつから、どこが、どう悪いですか。相談したい内容は何ですか。

② 当クリニックの受診は初めてですか。

(ア) はい (イ) いいえ(以前受診したのはいつですか: )

③ 当院に来られたきっかけは。

(ア) 紹介された

(紹介者の名前: 紹介者から受けている説明: )

(イ) ホームページを見て

(ウ) その他( )

④ 現在、他の病院・診療所にかかっていますか。

(ア) かかっている(病名: )

(いつから: 医療機関名: 医師名: )

(イ) かかっていない

