



はじめての方 にお願 いたします

(フリガナ _____)

1. 患者さんのお名前 _____ 男・女

2. お誕生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 才 (_____) ヶ月

3. ご住所 〒 —

◆電話番号 _____

◆携帯 _____

4. 他の連絡先 (里帰りの方等)

5. 以前にかかれていた医療機関やかかりつけの医院 (耳鼻科・眼科・皮膚科等)
今服用されている薬があればお聞かせ下さい

※ 問診票 (NO. 1) は毎回記入して下さい

※ 次回受診時母子手帳も御持参下さい

御協力ありがとうございます

カルテをおつくりしますので少々お待ち下さい

大久保小児科医院