

那珂キッズクリニック小児科 初診時間診票 (大人用)

ご記入日 年 月 日

ふりがな		年齢	性別	生年月日
お名前		歳	男 女	S・H 年 月 日
ご住所	〒 - 茨城県 市町村郡			
電話番号	自宅 ( )		携帯 ( )	
携帯アドレス	@			
食物・薬のアレルギーはありますか？	ない・ある ( )			
妊娠中、又は妊娠の可能性がある	ない・ある ( 週)			
本日の ご来院目的	<input type="checkbox"/> 診察 (発熱あり) <input type="checkbox"/> 診察 (発熱なし) <input type="checkbox"/> 予防接種 ( ) <input type="checkbox"/> その他 [ ]			

お子さんのお名前	年齢	当院の診察券番号
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	

ご記入いただきました問診票は受付にご提出ください。