令和　　年　　月　　日

はじめて来院された方へ

フリガナ		住所　〒　　－
お名前 男 ・ 女		
昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日生　(　　歳)		
本人のご職業 (小児は不要)	第　　子	TEL（優先度順に最低でも2つ以上ご記入ください） 1.(　　)　　－　　(父･母･自宅･本人･他) 2.(　　)　　－　　(父･母･自宅･本人･他) 3.(　　)　　－　　(父･母･自宅･本人･他)
世帯主氏名		

Yesの場合は具体的な名称を明記、複数の場合は複数お答えください

1. 現在の体重　　Kg　(小児のみ記入)

2. アレルギーについて

薬剤アレルギーはありますか？ (薬を飲んだことがなければNoに○を付けてください)

No ・ Yes

食物アレルギーはありますか？ (物を食べたことがなければNoに○を付けてください)

No ・ Yes

アレルギーではないけれども、具合が悪くなった薬はありますか？

No ・ Yes

3. 今までに何か特別な病気にかかったことはありますか、または何か慢性疾患がありますか？

No ・ Yes

4. 発達支援を受けている方は、療育、キッズサポート等の支援施設名を記入してください。

No ・ Yes

5. 感染症把握のため、現在通われてる 保育園、幼稚園、学校等の施設名を記入してください。

No ・ Yes

ご記入ありがとうございました ！

これらの情報は個人情報保護法に基づき、当院で定められた利用目的の範囲内(診療)でのみ利用致します

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

令和8年6月より電子的診療情報連携体制整備加算(初診 4点、再診 2点、月1回加算）に変更されました

中原こどもクリニック　　関　　隆　志