

# 受付表

ID( )

【記入日】 令和 年 月 日

ふりがな

【氏名】 \_\_\_\_\_

【体温】 \_\_\_\_\_ °C

【生年月日】 令和 平成 昭和 年 月 日 【性別】  男  女

【保護者氏名(続柄)】 \_\_\_\_\_ ( )

【住所】 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号(続柄)① \_\_\_\_\_ ( ) ② \_\_\_\_\_ ( )

# 外来問診表(初診)

※氏名・ID こちらで記入します

氏名( ) ID( )

## 【家族構成】 同居している方

続柄	年齢	職業	健康状態	
			<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 治療中( )
			<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 治療中( )
			<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 治療中( )
			<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 治療中( )
			<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 治療中( )

## 【通園、通学、生活状況】

- 保育園  幼稚園  小学校  中学校  高校  大学  療育センター  
 デイサービス  その他( )

手帳の有無: あり なし

## 【既往歴:これまでにかかった病気・現在治療中の病気があれば記載してください】

- なし  
 あり
- 
- 

## 【ご相談内容:症状・心配なこと、その他伝えておきたいこと】

---

---

---

---

---

---

---

---