

受付表

ID()
【記入日】 令和 年 月 日

ふりがな

【氏 名】 _____ 【体温】 _____℃

【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
☐ ティサービス ☐ 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】