関原デンタルクリニック　お子様の健康記録(web)

		記載日　年　月　日	
(ふりがな) お名前	男･女 生年月日	血液型　型 年　月　日生　才	
身長　cm	体重　kg	体温(平熱)　度	
自宅ご住所 〒		自宅電話　(　) 携帯番号　(　)	
メールアドレス @			
保護者の方のお名前	ご職業(　)		
当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？　看板広告　通りすがり　折込広告 ホームページ　知人･友人の紹介(お名前　)　その他(　)			
通院に便利な曜日と時間帯	月　火　水　木　金　土　日 (　)(　)(　)(　)(　)(　)(　)		

以下の質問に出来るだけ正確にお答え下さい。(該当箇所に○をつけて下さい)

1. お子様はかつてペニシリン、抗生物質の治療を受けたことはありますか？　はい　いいえ
2. 薬の服用や注射で、気持ち悪くなったり湿疹ができたことはありますか？　はい　いいえ
3. その他アレルギーはありますか？　はい　いいえ　(何に対し　)
   (どんな症状　)
4. 現在お子様の健康状態はいかがですか？　良好　ふつう　悪い
5. 現在お子様は他のお医者さんにかかっていますか？　はい　いいえ
   (医院名　)
   (病名　)

6.次の病気にかかったことはありますか？また、何歳のころですか？

病名	年齢	病名	年齢	病名	年齢
心臓疾患	(　)	血液疾患	(　)	麻疹	(　)
呼吸器疾患	(　)	糖尿病	(　)	その他	(　)
胃腸疾患	(　)	自家中毒	(　)		(　)
腎臓疾患	(　)	リウマチ熱	(　)		(　)

※個人情報の保護、取り扱いにつきまして、当医院では患者様の個人情報については、細心の注意をもって、保管･管理に取り組んでおります。

SEKIHARA DENTAL CLINIC

関原デンタルクリニック
〒211－0011
神奈川県川崎市中原区下沼部1810－1シティハウス武蔵小杉2階
TEL.044－750－7555
URL. Http://www.sekihara-dc.net　E-mail. info@sekihara-dc.net

※受付時間の短縮ご希望の方は、お電話でご予約の上、こちらの問診表をFAX、メールでお送り下さい。

FAX:044－750－7556
E-mail:info@sekihara-dc.net