

♪診療申込書♪

年 月 日

ふりがな	
患者氏名	男 女
生年月日 平成・令和 年 月 日 (才)	
自宅住所【マンション・アパート名などもご記入ください】 (〒 -) 都 県 市 区 道 府 町 村 丁目 番 号 建物・マンション名等：	
緊急連絡先 Tel () 自宅・携帯・会社()・その他()	※こちらはお子さんが一人で来院された時の ご連絡先とし、他連絡等には使用致しません
Eメールアドレス @	
メール配信にて健診、予防接種等のクリニック情報	必要 ・ 不必要
幼・保・学校	
身長 cm	体重 kg
※本日のご症状を、ご記入下さい 発熱、せき、鼻水、のどの痛み、頭痛、発疹、水ぼう、耳の下や首のはれ、 下痢、嘔吐、腹痛、食欲がない、血便、育児相談 (その他)	
※出生時の様子について 在胎週数 () 週、体重 () g、分娩・出生時の状態 (正常・異常) ※今までにかかった病気は？ 麻疹 (はしか)、水痘 (みずぼうそう)、おたふく、風疹、突発性発疹、ひきつけ、百日咳、川崎病、その他 () ※今まで入院や手術をしたことがありますか ない、ある (その病名) ※下記のアレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか？ 気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー	
※他院に通院中ですか 通院中 (内・外・整形・皮膚・小児・その他)・いいえ お薬を飲んでいますか はい・いいえ ・はいの場合 (お薬の名前：) ※体質について 薬や注射でアレルギー反応をおこしたことがありますか？ ない、ある () 食べ物等で発疹等のアレルギー反応をおこしたことがありますか？ ない、ある (食品名) ※家族構成を教えてください 父 (才) 母 (才) お子様 (才、 才、 才、 才) ペット (犬、ネコ、鳥、ハムスター、その他) アレルギー体質、大きな病気をした方がいましたら上のカッコ内に 書いて下さい。また、タバコお吸いになる方に○をつけてください。	
※ こちらのクリニックを何で知られましたか <input type="checkbox"/> ポスティングチラシ <input type="checkbox"/> SNS・インターネット検索 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 看板等広告 <input type="checkbox"/> 家族・友人知人の紹介 <input type="checkbox"/> 役所・保健所の紹介 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 家 (職場) から近い <input type="checkbox"/> その他 ()	