

♪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 ( )	※こちらはお子さんが一人で来院された時の
自宅・携帯・会社( )・その他( )	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 ( )	