

♪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
幼・保・学校	
身長 cm	体重 kg
※本日のご症状・医師へ相談したいことを、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)	
※以下の病気にかかった、若しくは現在治療中、又は健診等で指摘されたことがある人は、○を付けて下さい 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()	
※下記のアレルギー疾患を今までに指摘されたことがある人は、○を付けて下さい 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 <input type="checkbox"/> 特になし (当てはまる病気・指摘されたことが無い場合は、こちらにチェックして下さい)	
※以下の質問にお答え下さい。	
☆薬・注射のアレルギー(発疹・気分不快など)はありますか	
いいえ ・ はい(お薬の名前：)	
☆食べ物のアレルギー(発疹・気分不快など)はありますか	
いいえ ・ はい(食品の名前：)	
☆他院に通院中ですか	
いいえ ・ はい(内・外・整形・皮膚・小児・その他：)	
☆今までに入院や手術をしたことがありますか	
いいえ ・ はい(その病名：)	
☆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)	
☆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"/> 家族・友人知人の紹介	<input type="checkbox"/> 役所・保健所の紹介
<input type="checkbox"/> 家(職場)から近い	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 当院ホームページ	<input type="checkbox"/> 看板等広告
<input type="checkbox"/> 他院からの紹介	