

♪診療申込書♪

年 月 日

当院では、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。
同意する ・ 同意しない

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、水ほう、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
→通院中の方は、本日紹介状をお持ちですか? はい ・ 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
 ポスティングチラシ SNS・インターネット検索 当院ホームページ 看板等広告
 家族・友人知人の紹介 役所・保健所の紹介 他院からの紹介
 家 (職場) から近い その他 ()