

診 療 申 込 書

小児用

ふりがな		性別：男・女	年齢	歳
氏名		平成		
		年	月	日生
住所	〒			
自宅TEL		携帯TEL		

アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある：花粉症・その他（ ）
薬物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある：薬剤名（ ）
食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある：種類（ ）

本日の体温	自宅等にて	度	：	当院にて	度
-------	-------	---	---	------	---

お子様の体重	Kg
--------	----

1: 本日の受診理由

- 発熱 咳 痰 鼻水 喉の痛み
 頭痛 腹痛 下痢 吐き気
 その他【 】

2: 現在服用中の薬

- なし
 あり ➔ おくすり手帳を受付にご提出下さい。

3: 既往歴

- なし
 あり 【 】

アンケートにご協力をお願いします。

当院を知ったきっかけは何ですか？

- ホームページ 友人・知人 口コミ 看板
 市報紙 紹介 その他【 】

ご協力ありがとうございました。 <m()m>

* 診療申込書でご提供いただいた個人情報、診療を行う目的以外には使用いたしません。