診　療　申　込　書

小児用

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

アレルギーの有無	□　なし　□ある：花粉症・その他（　　）
薬物アレルギーの有無	□　なし　□ある：薬剤名（　　）
食物アレルギーの有無	□　なし　□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　□ 息苦しさ

□ 頭痛　□ 腹痛　□ 下痢　□ 吐き気　□ 倦怠感

□ その他【　　】

※その症状はいつ頃からですか？【　　】

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　【　　】

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

稲城わかばクリニック