

初めてご来院の方

## 診療申込書(小児科用)

ふりがな		性別 : 男 ・ 女	年齢	歳	
氏名		平成・令和	年	月	日生
住所	〒				
連絡先(自宅)		携帯電話			

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

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 ( )

舌下療法の初回導入、または休薬後の再開は、1月から5月の間には行えません。

お子様の体重	K g
--------	-----

1 : 本日の受診理由 (該当するところに☑を記入してください)

- 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 (該当するところに☑を記入してください)

- なし  
 あり ⇒ おくすり手帳を受付にご提出下さい。

3 : 既往歴 (該当するところに☑を記入してください)

- なし  
 あり 【

個人情報は、診療を行う目的以外には使用いたしません。