

♪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
道 府

市 区
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)

※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)

※家族構成を教えて下さい

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〇をつけてください。

※ 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"/> 当院ホームページ | <input type="checkbox"/> 看板等広告 |
| <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"/> 他院からの紹介 | |
| <input type="checkbox"/> 家(職場)から近い | <input type="checkbox"/> その他() | | |