

小児用診療申込書（15歳以下）

ID

日付：

おわかりになるだけで結構ですのでよろしくご記入ください。 お手数ですが、ご記入後、受付までご提出下さい。

フリガナ ご氏名 (男・女)	生年月日	平成 年 月 日生 (歳 力月)
〒 □□□□-□□□□ ご住所	電話番号：連絡する順にお書きください。 1) 自宅・携帯(続柄) 2) 自宅・携帯(続柄)	

1. 出生時の状況

在胎週数 週 日 出生時体重 g
出生時、健診で異常を指摘されたことがある場合はお書きください。

()

2. 水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん
アトピー性皮膚炎 喘息 じんましん 食物アレルギー (食品名：)
その他 (入院歴もあればお書きください))

3. 今まで注射や薬で副作用 (ショック、発疹、気分不良) がありましたか。
いいえ ・ はい (薬品名)

4. お薬の希望 (できるだけ院内処方 院外処方希望)

5. お薬手帳はお持ちですか? (ある ・ ない)
※お持ちの方は受付へご提出下さい。お持ちでない方へ院内処方をする場合は、お薬手帳を発行致します。

6. お薬手帳への記載を希望されない方は、右記 () に○を付けてください。 ()

7. 当クリニックに受診されたきっかけをお聞かせ下さい。

※④看板を選んでいただいた場合は、看板の設置場所に○を付けてください。

- ①家族 ②知人 ③ネット・HP ④看板(クリニック横・歩道橋下交差点・パティ西側・掛川スーパー・ピアゴ前)
⑤近所・通りがかり ⑥他院紹介 () ⑦磐田病院で院長の外来に通院していた
⑧グーグル検索 ⑨ヤフー検索 ⑩病院ナビ ⑪ その他検索
⑫ その他 ()

ご記載の内容は診療目的のみ利用させていただきます。

溝口ファミリークリニック
2018.7.11 改訂