

# 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・令和 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. これまでにかかったことのある主な病気を教えてください(分かる範囲で)

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・パティ東側・掛川スーパー・ピアゴ前)  
 ⑤近所・通りがかり ⑥他院紹介( ) 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  
 2019. 12. 13 改訂