

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