

♪♪はじめて来院された方へ♪♪ 新高円寺駅前クリニック 診療申込書（12才以下）

平成 年 月 日

ふりがな			
患者氏名			
			男 女
生年月日	平成	年	月 日 (才)
自宅住所 〒	Tel ()		
	携帯電話 ()		
Eメールアドレス	@		
メール配信にて健診、予防接種、混雑具合等のクリニック情報 必要・不必要			
幼稚園・保育園・小学校			
身長	cm	体重	kg
※本日の症状を、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) その症状はいつから始まりましたか (から)			
※出生時の様子について			
在胎週数 () 週、体重 () グラム、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、 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、 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)			
※以下の質問にお答え下さい。			
☆現在お薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)			
はい (お薬の名前：)			
☆薬・注射のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)			
はいの場合 (お薬の名前：)			
☆食べ物など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？ (はい・いいえ)			
はいの場合 (食品名：)			
※家族構成を教えてください			
父 (才)、母 (才)、お子様 (才、 才、 才、 才)			
※本日特に医師に質問されたいことがございましたら、ご記入ください。			