♪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　市 区
道 府　町 村　丁目　番　号
建物・マンション名等：

緊急連絡先　TEL　（　）
自宅・携帯・会社（　）・その他（　）
※こちらはお子さんが一人で来院された時の
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
□ ポスティングチラシ　□ ＳＮＳ・インターネット検索　□ 当院ホームページ　□ 看板等広告
□ 家族・友人知人の紹介　□ 役所・保健所の紹介　□ 他院からの紹介
□ 家（職場）から近い　□ その他（　）