

診療申込書 こども（15歳以下）

ID: _____ 令和____年____月____日

お分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ください。

フリガナ ご氏名 (男・女)	生年月日	平成 令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)	
〒□□□□—□□□□ 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）		
身長	cm	体重	kg

1 出生児の状況

在胎週数 週 日 出生児体重 グラム
出生児、検診で異常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下さい)

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 (薬品名を具体的に教えてください。)

4 お薬の希望(シロップ 粉薬 錠剤 など)

5 お薬手帳はお持ちですか?(ある ・ ない)

※お持ちの方は受付にご提出ください。



6 当クリニックへ受診されたきっかけをお聞かせ下さい

※看板を選んでいただいた場合は看板の設置場所に丸をつけてください

- ①家族 ②知人 ③ネット・ホームページ ④看板
- ⑤近所・通りがかり ⑥他院紹介 ⑦他の病院の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

あまが台ファミリークリニック



内科

小児科

皮膚科

糖尿病内科

あまが台ファミリークリニック