

診療申込書

※初めて受診の方/変更のある方は記入してください。

なないろキッズクリニック

ふりがな				性別	年齢
お名前				男 ・ 女	歳
生年月日	H	TEL 1	-	-	
	R 年 月 日	TEL 2	-	-	
住所	〒 -				

★既往歴 無 ・ 有 → 熱性けいれん てんかん 麻疹 風疹 おたふく 川崎病 腸重積 突発性発疹
喘息 花粉症 中耳炎 アトピー性皮膚炎 腎臓の病気 心臓の病気
その他:

★アレルギーの有無 無 ・ 有 (どのようなアレルギーか詳細を記載してください)

薬物 ・ 食物 ・ その他 →

★お薬の形状希望あれば○を付けてください。

粉 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 座薬



問診票

※診察ご希望の方は、毎回記入してください。

なないろキッズクリニック

★ 現在の体重(1カ月以内のもの) _____ kg ※不明な場合は、診察時に計測いたします。

★ どのような症状ですか？

- 発熱 (体温: _____ °C) 咳 鼻水 嘔吐 下痢 腹痛 皮膚症状
 その他

★ 症状はいつからですか？

★ 周囲で流行している病気はありますか？

いいえ ・ はい → 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 他 (_____)

★ 病名: _____

★ 今かかっている医療機関は他にありますか？

いいえ ・ はい → 医療機関名: _____

★ 内服中のお薬はありますか？

いいえ ・ はい → お薬手帳 有: (お薬手帳も一緒に出してください)

無: 薬品名 →