

診療申込書(中学生以下)

フリガナ		男・女	申込年月日		
お名前			年	月	日
生年月日	平成・令和	年	月	日	(歳)
ご住所	〒	電話番号	-	-	
		保護者携帯番号	-	-	
診察室に同席される方	お名前	電話番号	-	-	
	受けられる方のご関係 : 父・母・その他()		施設名		

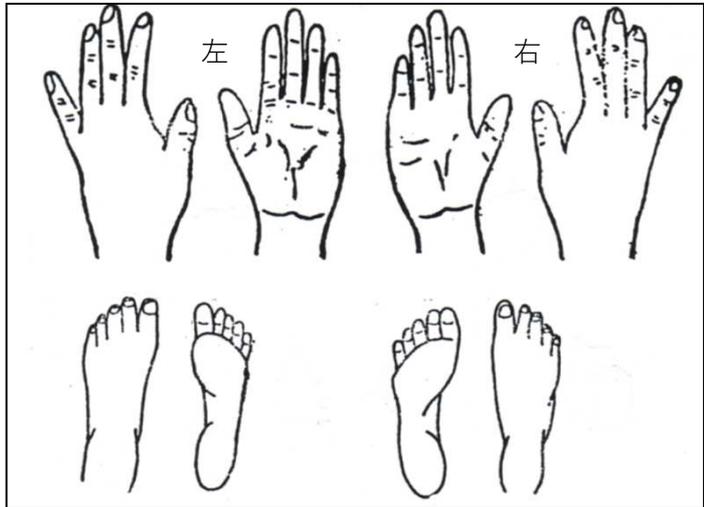
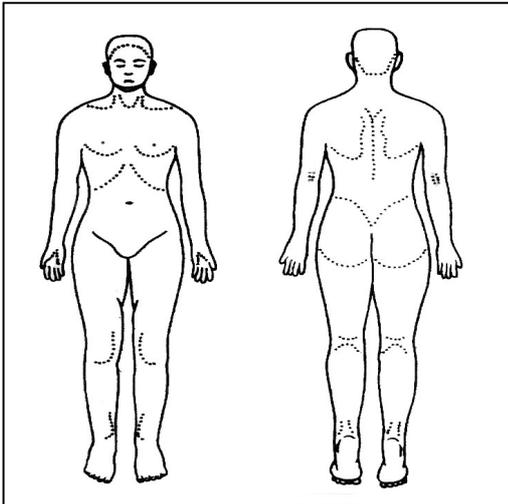
当院での受診歴 (ある・ない)
 (ない)に○を付けた方はこの病院をどのようにしてお知りになりましたか?
 (前を通った・知人より紹介・他院より紹介・家族より紹介・タウンページ・インターネット・その他)

<診察前のおたずね>

* 正しい治療を行うための参考にいたしますので、ご記入をお願いいたします。

《現在の症状》

①具合の悪い場所に○をつけてください



②いつからどのような症状ですか?

月 日、 日前から、約 週間前から
 約 ヶ月前から、約 年前から

〔 痛い・だるい・はれている・化膿している
 切れて出血している・動かせない・おでき
 その他 〕

③原因はありますか?

ない・わからない・ある

〔 〕

受傷日: 年 月 日

④交通事故によるものですか?

いいえ・はい(自損事故の同乗・相手のある事故)

事故日: 年 月 日

⑥今回の症状で他の医療機関を受診しましたか?

いいえ・はい(医療機関名

⑦現在加療中のご病気がありますか?

いいえ・はい

〔 ぜん息・ 〕

⑧現在飲んでいるお薬がありますか?

いいえ・はい()

おくすり手帳をお持ちの方は受付にご提出ください。

⑨お薬でアレルギーはありますか?

ない・ある()

※紹介状・画像CDは受付にご提出ください

※ 2週間以内に家庭内・保育所内・学校内等に
 新型コロナウイルスの感染徴候のある人がいました
 か?

いいえ・はい