

# 初診申し込み書(小児用 中学生以下)

ID

記入年月日 : 令和 . .

フリガナ			男・女
受診者氏名 (かかられる方)			
生年月日	平成・令和 年 月 日生( 歳 ヶ月)		
現住所	【〒 - 】		
電話番号	( ) -	体重	kg
携帯番号	- -	当院での体温	. °C

\* 変更された際はお知らせ下さい

お子様の症状についてお答え願います。

1. あなたのお子様の発育暦についておたずねします。 出生体重をお聞かせください ( g) 分娩時に異常がありましたか ( はい・いいえ ) 出生後に異常がありましたか ( はい・いいえ )
2. 以前に病気を指摘されたり、通院されたことはありますか。 ( はい・いいえ ) 「はい」と答えられたかたは具体的な病名をご記入下さい。 ( )
3. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 ( はい・いいえ ) 「はい」と答えられたかたは、何歳ごろでしたか。 ( 歳頃) その時に熱が出ましたか。 ( はい・いいえ )
4. 現在、他の病院にかかっていたり、薬を飲んでいたりしていますか。 ( はい・いいえ )
5. 過去に薬や注射で、湿疹やかゆみ等の症状が出たことがありますか。 ( はい・いいえ )
6. 本日はどうされましたか。症状をお書き下さい。 ( 内科・皮膚科・その他 ) ( )