初診申込書

予約　あり　なし

申込日	年　月　日	
フリガナ		
氏名 name	男 女	
生年月日 date of birth	西暦・平成・令和　年　月　日	
住所 address	〒	
電話番号 phone number		・本日お付き添いの方はどなたですか？
身長・体重 height・weight	cm	kg

今日は、どうされましたか？　該当する箇所に○をして下さい。　★印の項目は事前にご連絡が必要です。

発熱 ⇒（いつから　最高体温　℃）

咳 ・ 鼻水 ・ 発疹 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 便秘

けいれん ・ 頭痛 ・ 目のトラブル ・ のどの痛み ・ 皮膚のトラブル ・ 尿の異常

上記以外の症状（　）　精神的不調（　）

夜尿の相談　予防接種の相談

★成長の相談（　身長の伸び　／　体重の相談　／　思春期早発の相談　）

★甲状腺の相談

★アレルギー相談

★健康診断

書類（診断書等）希望・・・当日お渡し出来ない場合があります。

その他（

*登園していますか？

保育園 ・ 幼稚園

*周囲で流行している病気はありませんか？。　※ 周囲で新型コロナの発生はありますか？　はい・いいえ

〔　〕

*アレルギーや体調不良をおこす食品や薬品などはありませんか？

〔　〕

*現在管理されている病気があれば病名、病院名を記入してください。

〔　〕

*過去に手術や大きな病気をしたことがあれば記入してください。

〔　〕

*かかりつけ小児科があれば記入してください。

〔　〕

*その他、ご心配なことがありますか？