

初診申込書

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	昭・平・令 年 月 日 才
ご住所	〒
電話番号	

1. 本日はどのようなことで来院されましたか。○をつけてください。

発熱 下痢 嘔吐 腹痛 咳 鼻水

その他（具体的に)

2. お子さんの発育歴についておたずねします。

出生体重 () g

出生時に異常がありましたか。 いいえ・はい ()

出生後に異常はありましたか。 いいえ・はい ()

乳児健診で遅れがあるといわれたことはありますか。

いいえ・はい ()

3. 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。

はしか みずぼうそう おたふくかぜ 風疹 ひきつけ

その他 ()

4. 今までに飲み薬や注射で異常のでたことがありますか。

いいえ・はい ()

5. その他、何かご相談になりたいことがあればご記入ください。

--