

診察申し込み書(発熱外来・小学生以下の小児) ver3

No. 年 月 日

\*ご連絡先(初診の方はすべて記入ください。再来の方は名前と前回との変更点があれば記入ください)

フリガナ	体重
お名前 様 男・女	kg
生年月日 西暦 年 月 日	ご年齢
住所 〒	
電話	
緊急連絡先(できれば携帯でお願いします)	続柄

\*あてはまる症状に✓をつけてください。いま一番つらい症状に○を付けてください。

	熱 (°C)	せき	鼻水	のど痛	嘔吐	下痢	発疹	その他
月 日								
月 日								
月 日								

\*ぜんそくやアレルギーはありますか? (はい・いいえ) アレルゲン( )

\*他の医療機関にかかっていますか? (はい・いいえ) あれば薬手帳などお持ちください。

\*お薬の希望について○で囲んでください。

- ・薬の形 シロップ 粉(ドライシロップ) 錠剤
- ・解熱剤 要(粉・座薬・錠剤) 不要
- ・飲み方 1日2回 1日3回

当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください

近所(通勤・通学路)、ホームページ、広告(看板、電柱広告)、知人の紹介、その他