

# 初診申し込み用紙

記入日：平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな

お名前： \_\_\_\_\_

性別： 男・女

体温： \_\_\_\_\_℃

生年月日：(昭和・平成)\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

学校や幼稚園・保育園名： \_\_\_\_\_

郵便番号：〒 \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

携帯番号： \_\_\_\_\_

既往歴：

熱性けいれん、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー、  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

家族構成・家族歴：

アレルギー歴（お薬、食べ物など）： \_\_\_\_\_

院内処方と院外処方のどちらをご希望ですか？（院内処方できないお薬もございます。）

院内処方 院外処方

主な来院方法は何ですか？

徒歩 自転車 お車 その他（ \_\_\_\_\_ ）

当院を何でお知りになりましたか？

順天堂浦安病院から 建物・看板を見て チラシを見て 電信柱広告を見て  
ホームページを見て お友達から聞いて その他（ \_\_\_\_\_ ）

ご協力ありがとうございました。

紹介状や他院の検査結果などがあれば、この用紙と一緒に提出してください。

原小児科クリニック

※以下はスタッフ記入欄です。

ID：

BW：      BH：      BT：      BP：      /