

診療申込書

ふりがな		男・女	生年月日		
お名前			H・R	年	月
ご住所	〒 ー				
ご連絡先	※ 主になる連絡先 携帯番号 (母・父・)		携帯番号 (母・父・) or 自宅電話		
	()		()		

1) お子さまの出生歴

出生体重	g (週)	生まれた 病院	
------	--------	------------	--

2) お子さまについて

食物アレルギーはありますか	ない・ある・不明	食品名
薬に対するアレルギーは ありますか	ない・ある・不明	薬剤名
熱性けいれん (ひきつけ) はありますか	ない・ある	けいれんした日、年齢をご記入ください ・ ・ (歳 ヶ月) ・ ・ (歳 ヶ月)

3) 通園・通学されている園名・校名

幼・保・小・中	通っていない
---------	--------

4) 兄弟・姉妹 はいらっしゃいますか いない ・ いる

いるに○ → ご本人を含め下記にご兄弟・姉妹のお名前(苗字無)と生年月日のご記入をお願いします

第1子	ふりがな	男・女	H・R	年	月	日生
2		男・女	H・R	年	月	日生
3		男・女	H・R	年	月	日生
4		男・女	H・R	年	月	日生

おこさまのことで事前にお伝えしたいことなどございましたらご記入ください。