



パームこどもクリニック 初診時診療お申込書

ご記入日: 年 月 日

◆受診される方のお名前／ふりがな／性別／生年月日／ご住所／連絡先をご記入下さい。

ふりがな

お名前: _____ さま (男 ・ 女)

生年月日: S / H / R 年 月 日

ご住所: 〒 _____

第1連絡先 _____ 第2連絡先 _____

◆受診される方が通っている園・学校 ※学校感染症流行時に早期発見、治療に役立てます。

・在宅

・幼稚園／保育園／小学校／中学校／高校／その他など 学校名: _____

◆薬のアレルギーはありますか？

いいえ / はい 薬品名: _____

◆食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ / はい 食べ物: _____

◆今までにかかった病気はありますか？

突発性発疹／水ぼうそう／おたふくかぜ／熱性けいれん／アトピー性皮膚炎／喘息／てんかん／アレルギー性鼻炎

その他: _____

◆今まで入院したことはありますか？

いいえ / はい 病名: _____ 病院名: _____

◆他に何か医師にお伝えしておくことはありますか？

内容: _____