

～初めて当院を受診される患者様へ～

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	ふりがな		男・女
	お名前		
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 (_____ ヶ月)		
ご住所	〒		
日中連絡可能お電話番号	お名前	様	連絡先

★ 薬または食物アレルギーを指摘されたり、与えてはいけないと言われたことがありますか？

なし ・ ある	ある場合アレルゲンなど：
---------	--------------

★ 痙攣について

なし ・ ある	ある場合：(熱による ・ 熱を伴わない) _____ 歳 (_____ ヶ月)
---------	--

★ 今までに長期期間の投薬、または入院して治療を受けたことがありますか？

なし ・ ある	病名：
---------	-----

★ 現在飲んでいる・使用しているお薬はありますか？

なし ・ あり	薬剤名：(_____) *お薬手帳をお持ちの方は診察室で医師にお見せください
---------	---

★ お会計が0円の場合の診療明細書の発行について

都内在住 中学3年生までの方 (医療証をお持ちの方)

<input type="checkbox"/> 毎回発行希望 (お渡しまでにお時間をいただく場合がございます)
<input type="checkbox"/> 必要時に発行希望 (ご入用の際に窓口にお申し付けください)
<input type="checkbox"/> 不要

★ 当院を知ったきっかけは何ですか？ (複数回答可)

<input type="checkbox"/> 家族が通っている (通っていた)	<input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介
<input type="checkbox"/> 公的機関・医療機関からの紹介 (紹介機関の名称： _____)	
<input type="checkbox"/> クリニックホームページから (検索したキーワード： _____)	
<input type="checkbox"/> インターネット広告を見て	<input type="checkbox"/> クリニックを見て・道で見かけて
<input type="checkbox"/> 看板を見て (<input type="checkbox"/> 電柱看板 <input type="checkbox"/> 道の看板 <input type="checkbox"/> シビックセンターデジタルサイネージ)	
<input type="checkbox"/> SNS (Facebook など) を見て	<input type="checkbox"/> LINE@のお知らせを見て
<input type="checkbox"/> テレビ放映を見て (番組・ニュース名： _____)	
<input type="checkbox"/> 新聞・雑誌を見て (誌名 _____)	
<input type="checkbox"/> 当院のチラシ・テッシュをもらった	
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

★ 当院ではお子様の夢を応援しています。よろしければお子様の夢をお聞かせください！

--