# 受 診 申 込 書

年　　月　　日

| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
|---|---|---|---|---|
| お名前 | | 男<br>女 | S・H・R　　・　　・ | 才 |
| ご住所 | 〒　　－ | | お電話番号<br>自宅<br>－　　－ | |
| | | | 携帯電話（　　）<br>－　　－ | |

診察前の体温　　℃

ご希望のものに○をつけて下さい

予防接種　種類（　　）

健診　　（ ４ヶ月健診 ・ １０ヶ月健診 ）

診察　　（症状をご記入下さい）　※飲んでいるお薬がある場合は、
診察時に医師へお薬手帳・用紙をお出しください

・お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？（　はい　・　いいえ　）

（はい）の方は、薬剤名または食べ物の名前をご記入下さい