

この受診申込FAX用紙は、聴覚・言葉のご不自由な保護者専用です。  
(診療対象者は15歳以下・中学生以下のお子さまです)

## 受 診 申 込 書

送信日	令和 年 月 日
送信先住所 送信先FAX番号	町田市医師会 休日・準夜急患こどもクリニック 町田市原町田5-8-21健康福祉会館1階 電話042-710-0927 <b>042-710-0928</b>
診療受付時間	① 日曜日・祝日 午前9:00~午後4:30 までにご来院ください ② 夜間 (毎日) 午後7:00~午後9:30 までにご来院ください

### 送信元(保護者)ご記入欄

保護者様の氏名		(ふりがな) お子さまの氏名	
自宅住所			
FAX番号		電話番号	
お子さまの年齢	才 力月	性別	男 ・ 女

**今までに当休日・準夜急患こどもクリニックで受診されたことがありますか**

ある( 年 月頃) ・ ない ●現在の体温 度 分

お子さまの症状に○をつけてください。

1.熱 2.腹痛 3.便秘 4.下痢 5.はきけ 6.はいている 7.せき 8.のどの痛み 9.鼻汁

10.頭痛 11.ぜんそく発作 12.湿疹・発疹 13.その他( )

ご家族や周囲に体調不良の方がいらしたらご記入ください。

( )

※ ケガ等、外傷が原因となる症状は診察できません。

ご記入を終わりましたらFAX送信してください。

こどもクリニックからの返信はありません。

FAX送信後、保険証、乳幼児・ひとり親・障がい者等の各種医療証、母子手帳、

お薬手帳などをお持ちになってご来院ください。