

この受診申込みFAX用紙は、聴覚や言葉の不自由な保護者の方専用です
(診療対象者は15歳以下のお子さまです)

受診申込書

送信日	年 月 日
送信先住所	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
送信先FAX番号	042-710-0928 (FAX受付時間 ①休日診療 午前8:45~午後4:30 ②準夜診療 午後6:00~午後9:30)

送信元(保護者)ご記入欄

保護者の氏名	(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
<p>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</p> <p>ある(年 月頃) ・ ない 現在の体温 度 分</p> <p style="text-align: center;">お子さまの症状に○をつけてください</p> <p>1. 熱 2. 腹痛 3. 便秘 4. 下痢 5. 吐き気 6. 吐いている 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()</p> <p>何か気になること、心配なこと等ありましたらご記入ください。 ()</p>	
ご記入を終わりましたらFAXで送信してください。折り返し休日・準夜急患こどもクリニックから「受診のご案内」をFAXでご返信いたします。しばらくの間、ご自宅でお待ちください。	

***** ここから下はこどもクリニック記入用です *****

町田市医師会 休日・準夜 急患こどもクリニックからの「受診のご案内」

保護者氏名 様 お子さま氏名 様

お子さまの「受診申込書」を確認いたしました。
保険証、乳幼児・ひとり親・障がい者等の各種医療券、母子手帳、お薬手帳などをお持ちください。
午後9時30分までに当こどもクリニックへお越しください。

こどもクリニック記入欄

年 月 日 (曜日) 担当 ()