

♪♪はじめて来院された方へ♪♪

ふりがな			
患者氏名		男	女
生年月日	平成	年	月 日 (才)
自宅住所	〒		
自宅	()	携帯	()
Eメールアドレス		@	
メール配信にて健診、予防接種等のクリニック情報		必要	・ 不必要
緊急連絡先 TEL	()		
自宅 ・ 携帯 ・ 会社 ()		・ その他 ()	該当するものに○を。
※こちらはお子さんが一人で来院された時のご連絡先とし、他連絡等には使用致しません。			
現在通っているところ:		幼・保・学校	or 通っていない
身長	cm	体重	kg
※本日のご症状を、ご記入下さい			
発熱(最高 ℃ 今 ℃)、せき、鼻水、のどの痛み、頭痛、発疹、水ぼう、 耳の下や首のはれ、下痢(回)、嘔吐(回)、腹痛、食欲がない、血便、育児相談 (その他) その症状はいつから始まりましたか(から)			
※出生時の様子について 在胎週数()週、体重()g、分娩・出生時の状態(正常・異常)			
※今までにかかった病気は? 麻疹(はしか)、水痘(みずぼうそう)、おたふく、風疹、突発性発疹、ひきつけ、百日咳、川崎病、 その他()			
※今まで入院や手術をしたことがありますか ない、ある(その病名)			
※下記のアレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか? 気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー			
※他院に通院中ですか 通院中(内・外・整形・皮膚・小児・その他)・いいえ お薬を飲んでいますか はい・いいえ ・はいの場合(お薬の名前:)			
※体質について			
薬や注射でアレルギー反応をおこしたことがありますか? ない、ある()			
食べ物等で発疹等のアレルギー反応をおこしたことがありますか? ない、ある(食品名)			
※家族構成を教えてください			
父	(才)	母	(才)
お子様	(才、 才、 才、 才)		
ペット	(犬、ネコ、鳥、ハムスター、その他)		
アレルギー体質、大きな病気をした方がいましたら上のカッコ内に 書いて下さい。また、タバコお吸いになる方に○をつけてください。			
※ こちらのクリニックを何で知られましたか <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。			
<input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電柱 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> インターネット			
<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 家(職場が近い) <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 家族の受診			