

♪♪はじめて来院された方へ♪♪ (12才以下用)

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
幼・保・学校			
身長	cm	体重	kg
※本日のご症状を、ご記入下さい			
発熱(最高 °C 今 °C)、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、嘔吐、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、
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 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			