

☆☆☆篠崎駅前わんぱくクリニック☆☆☆

平成 年 月 日

ふりがな			
患者氏名	男 女		
生年月日	平成	年	月 日 ( 才)
自宅住所	〒		
緊急ご連絡先	TEL ( )	TEL ( )	※こちらはお子さんが1人でご来院された時のご連絡先とし、他ご連絡等には使用致しません。
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
※必要の場合は必ずEメールアドレスをご記入してください。			
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、せき、鼻水、のどの痛み、頭痛、発疹、水包、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、 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・チラシ・看板 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 役所・保健所からの紹介 <input type="checkbox"/> 病院検索サイト <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> バスの音声案内 <input type="checkbox"/> その他 ( )			