

♪♪はじめて来院された方へ♪♪ (12才以下用)

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 〒	
	TEL ()
	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 ・ 不要
	幼・保・学校
身長	cm 体重 kg
<p>※本日のご症状を、ご記入下さい</p> <p>発熱、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)</p>	
<p>※出生時の様子について</p> <p>在胎週数 () 週、体重 () g、分娩・出生時の状態 (正常・異常)</p> <p>※今までにかかった病気は？</p> <p>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 ()</p> <p>※今まで入院や手術をしたことがありますか</p> <p>ない、ある (その病名)</p> <p>※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？</p> <p>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</p>	
<p>※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</p> <p>①お薬を飲んでいますか はい・いいえ</p> <p>・はいの場合 (お薬の名前:)</p> <p>②お薬で苦手な種類はありますか はい (錠剤・粉・シロップ)・いいえ</p> <p>※体質について</p> <p>①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？</p> <p>ない、ある ()</p> <p>②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？</p> <p>ない、ある (食品名)</p> <p>※家族構成を教えてください</p> <p>父 (才)</p> <p>母 (才)</p> <p>お子様 (才、 才、 才、 才)</p> <p>ペット (犬、ネコ、鳥、ハムスター、その他)</p> <p>アレルギー体質、おお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、タバコお吸いになられる方に○をつけてください。</p>	
<p>※ こちらのクリニックを何で知られましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 広告・チラシ <input type="checkbox"/> 駅構内看板 <input type="checkbox"/> バス音声 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介</p> <p><input type="checkbox"/> インターネット</p> <p><input type="checkbox"/> 役所からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	