

♪♪はじめて来院された方へ♪♪ (12歳以下用)

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 ()
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 (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 「通院中」の方→ (病院・医院・クリニック 科) お薬を飲んでいますか はい・いいえ ・「はい」の方 (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 1 インターネット情報サイト(病院検索サイト) 2 当院ホームページ 3 看板広告 →どちらの看板広告ですか?…駅構内看板・バス音声・クリニック看板 4 知人からの紹介 5 家族がかかりつけ 6 他院からの紹介 7 家(職場)から近い	