

♪♪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 ・ 不必要	
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、水ほう、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 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？ 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 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？ 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 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:)</p> <p>※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 ()</p> <p>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)</p> <p>※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。</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・看板 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> インターネット</p> <p><input type="checkbox"/> 役所・保健所からの紹介</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	