

ふりがな	
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 @	
メール配信にて予防接種等のクリニック情報	必要 ・ 不必要
身長	cm 体重 kg
<p>※本日はどうされましたか？あてはまるところに○をして下さい。</p> <p>耳（右・左・両方）が・・・痛い・かゆい・聞こえにくい・耳垢・耳だれ</p> <p>鼻（右・左・両方）が・・・つまる・鼻水が出る・くしゃみ・出血する</p> <p>のどが・・・・・・・・・・痛い・たん・せきが出る・声枯れ</p> <p>お腹（下痢・嘔吐・腹痛） 目のかゆみ</p> <p>熱がある（ 度）</p> <p>その他（)</p> <p>※いつからですか？ _____ から</p>	
<p>※以下の質問にお答え下さい。</p> <p>*他院で薬を飲まれていますか？ いいえ / はい</p> <p>☆お薬手帳や薬の名前が明記されているものがありましたら、受付にお見せください</p> <p>薬の名前（)</p> <p>*ご希望するお薬の形状（錠剤・散剤・シロップ）分30K</p> <p>*薬・注射のアレルギーはありますか？ なし・あり()</p> <p>*卵・牛乳・その他食物のアレルギーはありますか？ なし・あり(卵・牛乳・その他食物)</p> <p>*保育園や幼稚園に通園していますか？ はい(保育園・幼稚園)・いいえ</p>	
<p>・縫合・小切開・胃内視鏡検査・歯科治療などで使用する局所麻酔薬で体調が悪くなったこと（吐気・めまい・ふらつき・失神など）はありますか？ いいえ /はい()</p> <p>・採血・鼻処置・鼻血処置・歯科治療など痛みの伴う治療・検査で体調が悪くなったこと（吐気・めまい・ふらつき・失神など）はありますか？ いいえ /はい()</p>	
<p>※今までにかかった病気はありますか？</p> <p>中耳炎・副鼻腔炎（蓄膿症）・はしか・みずぼうそう・おたふく・風疹・突発性発疹・熱性けいれん・その他()</p> <p>※以前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>感染症（B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HTLV1・その他）</p>	
<p>※当院はどうやってお知りになりましたか？</p> <p>1. インターネット（ひまわり・その他） 4. 家族が通っている</p> <p>2. 当院ホームページ 5. 知人の紹介（紹介者：)</p> <p>3. 看板広告をみて</p> <p style="margin-left: 20px;">・クリニック看板 6. 他院からの紹介（病院名：)</p> <p style="margin-left: 20px;">・駅看板 7. 家(職場)から近い</p> <p style="margin-left: 20px;">・電柱 ・バス音声 8. その他 ()</p>	