

☆☆☆西葛西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 〒			
TEL ()		携帯 ()	
緊急ご連絡先 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 (°C)、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"/> 病院検索サイト		<input type="checkbox"/> 当院ホームページ	
<input type="checkbox"/> 他院からの紹介		<input type="checkbox"/> 家(職場)に近い	
		<input type="checkbox"/> 家族がかかっている	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	