

♪♪はじめて来院された方へ♪♪

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 ()
緊急連絡先 Tel ()	※こちらはお子さんが一人で来院された時の
自宅・携帯・会社()・その他()	ご連絡先とし、他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
	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)	
※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"/> 駅構内看板 <input type="checkbox"/> 電柱看板 <input type="checkbox"/> バス音声 <input type="checkbox"/> 駅前地図 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 役所・保健所からの紹介 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> その他 ()	