

♪♪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
※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 (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"/> インターネット情報(病院検索サイトなど) <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 電柱	
<input type="checkbox"/> 看板・広告(→) <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(口コミ) <input type="checkbox"/> 家族がかかっている	
<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 家(職場)から近い <input type="checkbox"/> その他()	