



| | | | |
|--------------|----------|--------|-------------|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | 性別 (男・女) | 体温 °C | 身長 cm 体重 kg |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | (才) | |
| 学校、幼稚園、保育園名: | | 幼・保・学校 | |
| 住所 〒 | | | |
| 電話番号: | | 携帯: | |

●本日の症状を教えてください。“病名を丸〇で囲って”ください

発熱 のどの痛み せき たん 鼻水 / 頭痛 頭が締め付けられる
 腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 食欲がない 血便
 息苦しい からだがだるい めまい ふらつく / 育児相談
 その他 ()

★出生時の様子について

在胎週数 () 週、出生体重 () g、分娩・出生児の状態 (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
 薬物アレルギー (そのお薬名:)

★他院に通院中ですか？

通院中 (外科、整形、皮膚科、小児科、その他) いいえ

現在 お薬は飲んでいますか？ 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起こしたことはありますか？

ない、 ある ()

★家族構成を教えてください ※家族の方でアレルギー体質、大きな病気をされた方がいましたら、() 内に記入してください。

・父 (歳) ・母 (歳)

・ご兄弟 (歳、 歳、 歳、 歳、 歳) ※たばこをお吸いになる方には丸〇で囲ってください。

・ペット (犬、猫、鳥、ハムスター、その他)

 **錠剤**  はのめますか？ はい いいえ、
 **シロップ薬**  を希望しますか？ はい いいえ

☆こちらのクリニックを何で知られましたか？

インターネットの情報 (サイト名:)、 当院ホームページ、 看板・広告 (場所:)、
 知人からの紹介 (くちコミ)、 家族が通院している、 他院からの紹介 (医療機関名)、
 家 (職場) から近い、 その他 ()