

♪♪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 〒	
	都 道 区 府 県 市 群
自宅 TEL :	( ) 携帯 TEL : ( )
緊急連絡先 TEL :	( ) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> その他 ( )
※こちらはお子様が一人で来院された時のご連絡先とし、他の連絡には使用致しません。	
( )	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校
身長	cm 体重 kg
※薬を処方する際に必要です。必ずご記入ください。	
※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教えてください。	
在胎週数 ( ) 週、体重 ( ) g 分娩・出生時の状態 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
※今までにかかったことのあるご病気に○を付けてください。	
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 ( ) <input type="checkbox"/> 特になし(なければこちらにチェックしてください)	
※今まで入院や手術をしたことがありますか？	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(その病名を教えてください。 )	
※下記のアレルギー疾患で、ご指摘されたことのあるものに○をつけてください。	
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、 <input type="checkbox"/> 特になし	
※他院に通院中ですか？	
<input type="checkbox"/> 通院中(小児科・内科・外科・整形外科・皮膚科・その他) <input type="checkbox"/> いいえ	
お薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
はいの場合(お薬の名前： )	
※体質について教えて下さい。	
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？	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(薬剤名： )	
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？	
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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を書いて下さい。 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	
相談機関を受けている方は、必ずご記入ください。	
生活保護の方 ( ) 福祉事務所 担当者( ) TEL : ( )	
※今月中に医療券を当クリニック宛に郵送して頂けるよう担当者にお伝えしてください。	