

こどもクリニックをはじめて受診される方へ

フリガナ _____ 様

患者氏名 _____ 様 男・女 お熱 _____ °C 体重 _____ kg

生年月日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ 住所 _____

電話 _____ 携帯 _____

その他(_____) _____

1. どのような症状ですか？

発熱 咳 痰 鼻水・鼻づまり 喉の痛み

嘔吐 下痢 便秘 腹痛 頭痛 発疹 耳下腺痛

その他 (_____)

2. いつからですか？ (_____)

3. これまでに入院するような大きな病気をしたことがありますか？

ない

ある(_____ 歳時 病名 _____ 病院名 _____)

4. アレルギーについてお答え下さい。

薬のアレルギー なし ある (_____)

食物アレルギー なし ある (_____)

花粉症 なし ある (_____)

気管支喘息 なし ある

アトピー性皮膚炎 なし ある

◎ある方は現在のアレルギー疾患の治療薬名をお書き下さい。

(_____)

5. ご家族の方でご病気の方はいますか？

どなたですか？(_____) 病名は？(_____)

ご協力ありがとうございました。