

初めて受診される患者様へ（小児用）



下記をご記入あるいは○印を付けて頂き、受付までお持ちください。

ふりがな			生年月日	平・令	年	月	日
お名前			男・女	年齢	歳	か月	
ご住所	〒 —		体重	Kg			
お電話	(自宅) —		(携帯) —	—			
E-mail			登園・登校先				

【お母さん、お父さんへのご質問】

・アレルギーの方はいらっしゃいますか？

はい (父： 喘息、アトピー、花粉症 母： 喘息、アトピー、花粉症) いいえ

・喫煙者はいらっしゃいますか？ はい (父 母 家の中・家の外) いいえ

・ペットは飼っていますか？ はい (家の中・家の外) いいえ

【既往歴】 今までにかかった病気に○をしてください

突発性発疹 水痘 おたふくかぜ 百日咳 麻疹 風疹 RSウイルス 熱性けいれん (回)

じんましん 喘息 食物アレルギー (原因) アトピー性皮膚炎 乾燥肌 花粉症

アナフィラキシー (原因) 心疾患 心雑音 川崎病 (歳)

入院・手術歴 : なし あり (歳 か月 病名)

【他院受診中の方】 病名 病院名

現在服用中の薬

【発育歴】 (小学生未満のお子様)・・・わかる範囲でかまいません

・出生週数 週 日 ・出生時体重 g

・出生・発達・発育の異常 あり () なし

【予防接種】 接種済のものに○をしてください (小学生未満のお子様)・・・わかる範囲でかまいません

ヒブ	1回・2回・3回・追加	B型肝炎	1回・2回・3回	MR (麻疹・風疹)	1期・2期
肺炎球菌	1回・2回・3回・追加	ロタ	1回・2回・(3回)	水痘	1回・2回
4種混合	1回・2回・3回・追加	BCG		おたふくかぜ	1回・2回
5種混合	1回・2回・3回・4回	日本脳炎	1回・2回・追加		

【薬やワクチンのアレルギーやご希望】

今までに内服薬や注射をした時に異常な症状（蕁麻疹や嘔吐など）がでたことはありますか？

苦手な薬（粒・漢方が苦手、貼付薬やアルコールでかぶれる等）はありますか？

なし あり (薬名 :)

薬でご希望の形状はどれですか？ : 粉薬 シロップ 錠剤 座薬（解熱剤、制吐剤）

【当院を受診されたきっかけは？】

インターネット 口コミ 近所で知っていた 通りすがり チラシ 看板

家族が通っている () その他 ()

【当院へは何で来られましたか？】

徒歩 自転車 車 電車 バス その他 ()

【よく利用する小児科・耳鼻科・皮膚科】クリニック名 ()

【症状・ご質問・ご要望など】 ご質問やご要望などがある場合はお書きください。

ご回答、誠にありがとうございました。受付にお渡しください。

中野こどもハート・アレルギークリニック

Nakano Kodomo Heart & Allergy clinic