



初めて受診される患者様へ（小児用）

ふりがな		受診日	20 年 月 日
お名前	男・女	登園・登校先	
生年月日	20 年 月 日	年齢	歳 か月
ご住所	〒 — — — — —		
お電話	(自宅) — — — — —	(携帯) — — — — —	
E-mail	@ — — — — —	体重	kg

【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) がでたことや、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。