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〇印を付けて頂き、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〇をしてください

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】　接種済のものに〇をしてください（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	日本脳炎	１回・２回・追加	おたふくかぜ	１回・２回
５種混合	１回・２回・３回・４回				

【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（　）

【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。

大森こどもハート・アレルギークリニック
Omori Kodomo Heart & Allergy clinic