



### 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	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 □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 ( )

#### 【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。

大崎こどもハート・アレルギークリニック

Osaki Kodomo Heart & Allergy clinic