



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（ ）

【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。

大崎こどもハート・アレルギークリニック

Osaki Kodomo Heart & Allergy clinic