



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。

天六子どもハート・アレルギークリニック

Tenroku Kodomo Heart & Allergy clinic