

はじめて受診される方へ

お手数ですが必ずご記入ください。

記入日 年 月 日

フリガナ 名前	生年月日 平・昭 年 月 日 (歳 ヶ月)
	性別 男・女
住所 〒	電話番号 携帯 ()-()-() 自宅 ()-()-()
	体重 () g
	在胎週数 ()週 ()日
	出生時の異常

現在の集団生活を教えてください。

 保育園 幼稚園 学校 未就園 (園/学校名)

同居なさっている方を教えてください。

 父 (歳) 母 (歳) 祖父 (歳) 祖母 (歳)
 きょうだい (兄・姉・弟・妹 歳) きょうだい (兄・姉・弟・妹 歳)
 きょうだい (兄・姉・弟・妹 歳) きょうだい (兄・姉・弟・妹 歳)
 その他 ()

今までにかかった病気について教えてください。

 突発性発疹 (歳 ヶ月頃) 心疾患 (病名:)
 水痘 (歳 ヶ月頃) おたふくかぜ (歳 ヶ月頃)
 けいれん (熱性・無熱性) (過去 回) (最終けいれん日: 年 月 日)
 気管支喘息 (歳 ヶ月頃) (治療中・現在治療はしていない)
 アトピー性皮膚炎 (歳 ヶ月頃) (治療中・現在治療はしていない)
 アレルギー性鼻炎 (歳 ヶ月頃) (治療中・現在治療はしていない)
 その他 ()

今までにお薬を飲んだり注射をして具合が悪くなったことはありますか？

 ない ある (薬品名:)

以下のアレルギーがありましたら教えてください。

 ダニ ハウスダスト スギ ヒノキ 猫 犬
 卵 牛乳 小麦 他の食物 (食物名:)
 薬品 (薬品名:) その他 ()

ご家族の中にアレルギー疾患をお持ちの方がいらっしゃいますか？病名も一緒に教えてください。

(例⇒父：小児喘息)

ご協力ありがとうございました。