

当院を始めて受診された際にご記入ください



※ 答えられる範囲で○印や記入をお願いします

記入日： _____

(ふりがな)

お 名 前 _____ 性別： 男 ・ 女

生年月日 平成・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 〒 _____ - _____

電話番号

1) _____

2) _____

・ 未就園 ・ 登園/登校している (園/校名： _____)

出産時の異常： なし ・ あり (_____)

兄弟姉妹： なし ・ あり (_____)

今までにかかった特別な病気/持病があれば教えてください

・ (_____)

・ (_____)

・ 熱性けいれん (最初は____歳、これまでに____回、最後は_____ごろ)

・ けいれん (熱のない時) (これまでに____回、最後は_____ごろ)

・ 喘息/アレルギー性鼻炎/アトピー性皮膚炎 _____)

入院したことがありますか？

なし ・ あり (_____)

現在治療中の病気があればご記入ください

病 名 (_____)

病 院 名 (_____)

薬や食べ物などのアレルギーがあればご記入ください

(_____)

ご家族にアレルギー疾患の方がいらっしゃれば教えてください

(_____)