

初診の方へ 以下の質問にお答えください。分からないところは空欄でかまいません。

ふりがな

お名前 ()
生年月日 西暦 () 年 () 月 () 日
住所 〒 ()
()
電話番号 ()

● 出生:() 週 () 日で出生 出生体重 () g
妊娠中の異常 : なし ・ あり ()
出生時の異常 : なし ・ あり ()

● 既往歴

突発性発疹 ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ 肺炎 ・ 中耳炎 ・ 便秘
その他 ()
熱性けいれん → 計 回 最終: 年 月 (歳ころ)

● 入院したことがありますか? いいえ ・ はい
はいの方 → (歳ころ) ()で入院

● 現在服用中のくすり
なし ・ あり ()

● アレルギー歴

食物アレルギー なし ・ あり ()
薬物アレルギー なし ・ あり ()
花粉症 なし ・ あり ()
アレルギー性鼻炎 なし ・ あり (スギ ヒノキ ダニ その他 分からない)
気管支喘息 なし ・ あり (治療中 ・ 治療していない)
動物アレルギー なし ・ あり ()
その他 ()
● アレルギー検査をしたことがありますか? なし ・ あり (歳ころ)

● 差支えなければお通いの保育園・幼稚園・学校名をお書きください
()



ぽにーこどもクリニック

井 土 ヶ 谷