

**初診の方へ** 以下の質問にお答えください。分からぬ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 ( 歳ごろ)

● 入院したことがありますか？ いいえ・はい

はいの方 → ( 歳ごろ) ( ) 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 ( 歳ごろ)

● 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

( )



ぱにーこども クリニック

井 土 ケ 谷