

フリガナ		男 ・ 女
お名前		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)	
ご住所	〒	
電話番号	携帯： (続柄：)	
	携帯： (続柄：)	

1、 本日の様子を教えてください。

*体温： °C
*体重： k g

2、どのような症状がありますか。

発熱 頭痛 鼻水 のどの痛み
せき 腹痛 下痢 嘔吐
食欲がない 発疹

その他 ()

◎また、その症状はいつから始まりましたか。
()

5、下記のアレルギー性疾患のうち、今までに指摘されたことがあるものはありますか。

気管支喘息 じんましん
アレルギー性鼻炎 食物アレルギー
アトピー性皮膚炎

6、食べ物・薬・注射で発疹が出たことがありますか。

〈 ある ・ ない 〉

(品名：)

7、保育園・幼稚園・学校名

()

8、保育園・幼稚園・学校や家族に流行している病気はありますか。

〈 ある ・ ない 〉

(病名：)

9、お薬はどちらをご希望ですか。

※お薬によってはご希望に添えない場合があります。

* シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ 希望なし

* 1日2回 ・ 1日3回 ・ 希望なし

◎必ず○を付けて下さい。

3、今までに大きな病気や入院をしたことがありますか。

〈 はい ・ いいえ 〉

(病名：)

10、服用中のお薬はありますか。

〈 ある ・ ない 〉

あるに○を付けた方は、お薬手帳を受付にお渡し下さい。

4、ご家族の方の病気について

*ご家族にアレルギー体質の方がいますか。

〈 いる ・ いない ・ わからない 〉

*ご家族に大きな病気や慢性病にかかった方はいますか。

〈 いる ・ いない ・ わからない 〉

11、当院をどのようにして知りましたか。

1.家族が通院 2.知人の紹介 3.近所 4.駅の看板

5.電柱広告 6.ホームページ 7.GoogleMap

8.その他 ()