

受診申し込み票（初めての方）

ふりがな

お名前 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男・女 _____ 体重 _____ kg

住所 〒 _____ ☎ _____ - _____ - _____

メールアドレス _____ @ _____ 学校 _____ (幼稚園・保育園)

☆ 出生歴・既往歴

在胎週数 _____ 週、出生体重 _____ g

出生時に何か問題はありましたか？ はい いいえ _____

今までに病気で入院されたことはありますか？

はい いいえ _____

喘息、アトピー性皮膚炎、中耳炎、心臓病などの既往はありますか？

はい いいえ _____

食物アレルギー、薬物アレルギーはありますか？

はい いいえ 食品名・薬品名 _____

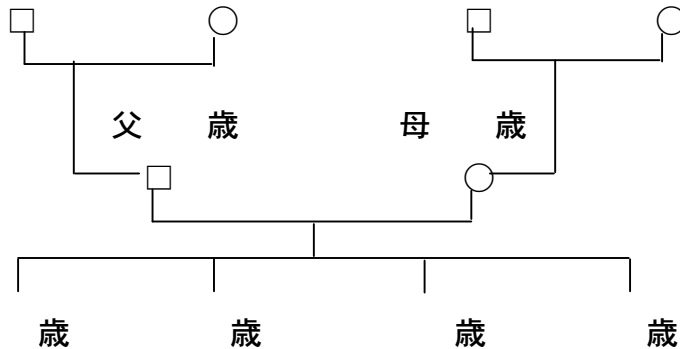
痙攣（けいれん）を起こしたことはありますか？

はい いいえ _____ 歳頃から _____ 回 使用している薬 _____

☆ 家族歴

同居されている御家族を御記入下さい。

祖父 歳 祖母 歳 祖父 歳 祖母 歳



本日はどのような症状で来院されましたか？あてはまる項目に✓をつけて下さい。

発熱 _____ 月 _____ 日から 最高 _____ °C

咳 _____ 月 _____ 日から たん ゼエゼエ その他 (_____)

鼻水 _____ 月 _____ 日から 水鼻 青鼻 鼻づまり

痛み _____ 月 _____ 日から 頭 のど おなか 耳 その他 (_____)

吐く _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から _____ 回

下痢 _____ 月 _____ 日から 1日 _____ 回

発疹 _____ 月 _____ 日から 頭・顔・首 胸・おなか・背中 手足 おしり

その他の症状 _____

現在、他の医療機関を受診していますか？ はい いいえ

現在、薬を処方されていますか？ はい いいえ

薬の名前 _____