




ふりがな お名前 _____	性別： 男 ・ 女
生年月日 _____ 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(_____ 歳 _____ ヶ月)
住 所 〒 _____	
電 話 番 号 (自宅 _____ /携帯 _____)	

身 長 _____	cm	体 重 _____	kg	体 温 _____	℃
-----------	----	-----------	----	-----------	---

 家族構成を教えてください。 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母
(_____) 人きょうだいの (_____) 番目

 出生時の状況を教えてください。

週数 (_____ 週 _____ 日) 出生体重 (_____ g)


 どのような症状がありますか？ 以下のあてはまる口にチェックをつけて下さい。

- | | | | |
|----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 熱がある | <input type="checkbox"/> のどが痛む | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 鼻づまり |
| <input type="checkbox"/> 咳（せき）が出る | <input type="checkbox"/> ゼイゼイ、ヒューヒューいう | <input type="checkbox"/> 頭痛 | |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐（おうと） | <input type="checkbox"/> 下痢（げり） | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> 湿疹（ぶつぶつがある） | <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 目やにが出る | <input type="checkbox"/> 関節が痛む |
| <input type="checkbox"/> おねしょ治療希望 | <input type="checkbox"/> 身長・体重が気になる | | |
| <input type="checkbox"/> 舌下免疫治療希望 | <input type="checkbox"/> 健康診断希望 | <input type="checkbox"/> 予防接種希望 | |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | |

 今までにかかった病気や入院をしたことはありますか？

歳頃 (_____)


歳頃 (_____)


 アレルギーはありますか？ なし あり

お薬アレルギー (_____)

食物アレルギー (卵・乳・小麦・その他： _____)

気管支ぜんそく アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症

 お薬の希望はありますか？ シロップ 粉 錠剤

 お薬手帳を受付にお渡しください。

