

なだこどもとアレルギーのクリニック

～当院をはじめて受診される方～

ふりがな 氏名 _____ (男・女)	体重 _____ kg 身長 _____ cm
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳 _____ か月)	
兄弟姉妹 _____ 人中 _____ 番目	
就学状況：未就園 / 保育園・幼稚園 (園名： _____) / _____ 学校	
〒 _____ - _____ ^{ふりがな} 住所 _____	
電話番号 自宅 _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____	

当クリニックを何でお知りになりましたか？ 該当する項目の口をチェックをお願いします。

- 当院のホームページを見て 当院以外の外部 HP を見て (ウイメンズパークなど) 携帯で検索して
 家や職場の近所・通りがかり 保健所の健診で 電話帳 (iタウンページ) を見て
 兄弟 (姉妹) が通っているから 家族・知人・友人から聞いて 他の医療機関から聞いて (紹介)
 電柱看板 (場所： _____) を見て 看板 (場所： _____) を見て
 その他 (_____)

1. 今までに、かかったことのある病気はありますか？

- はしか 風疹 水ぼうそう おたふく 突発性発疹 けいれん (熱あり・なし)
 手術歴 (_____ 歳時に _____ の手術) その他 (内容 _____)

2. 家族の方に大きな病気やアレルギーの方はいらっしゃいますか？

(例：母が花粉症など _____)

3. アレルギーの病気はありますか？

- なし あり (食物アレルギー [卵・乳・小麦・その他 (_____)] アトピー性皮膚炎
 喘息 アレルギー性鼻炎 その他 [_____])

4. お薬などでアレルギー症状を起こしたことはありますか？ なし あり (内容： _____)

5. ご家族にタバコを吸われる方はいらっしゃいますか？

- いない
 いる→それはどなたですか？ : 父 母 祖父 祖母 その他 (_____)

6. ペットは飼われていますか？

- 飼っていない
 現在、飼っている→ 犬 (室内・屋外) 猫 うさぎ その他 (_____)
 昔、飼っていた→ _____ ぐらい前まで、 _____ を飼っていた
 よく行くお家 (実家や友人宅) で飼っている→ 犬 (室内・屋外) 猫
 その他 (_____)

