

初めて受診される患者さんへ

はやしま小児科



記入日 令和 年 月 日

ふりがな	男	生年月日 平成・令和 年 月 日
お名前	女	(歳 ヶ月)
ご住所 〒 (-)	電話番号	
	携帯電話	

当院を知ったきっかけを教えてください。(複数回答可)

- 1、看板 2、インターネット 3、知人からの口コミ()さん 4、施設からの口コミ()
 5、家族受診歴あり(兄弟姉妹) 6、その他()

以下の項目について、お分かりになる範囲でご記入ください。

1) 食物アレルギー なし ※あり ※ありの方それは何ですか?→ ()
2) 薬剤アレルギー なし ※あり ※ありの方それは何ですか?→ ()
3) 出産・発育について 出生: ()週 ()日で出生 出生体重 ()g
4) 今までにかかった病気、もしくは現在、通院中の病気 突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳 肺炎 けいれん 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症 発達障がい(自閉症スペクトラム・アスペルガー・ADHD・学習障がいLD・ディスレクシア・その他)) その他、入院したことがあればご記入ください()
5) 兄弟姉妹は いない ・ いる → 男・女(歳) 男・女(歳) 男・女(歳) 男・女(歳)
6) <u>ご家族について</u> あてはまるものに○をつけて下さい。 A.たばこを吸う方はおられますか? なし ・ あり → (父 母 同居の祖父母) B.アレルギー体質の方はおられますか? 喘息 (父 母 兄弟 姉妹) アトピー (父 母 兄弟 姉妹) 食物アレルギー (父 母 兄弟 姉妹) 花粉症 (父 母 兄弟 姉妹) その他 鼻炎・結膜炎・けいれん (父 母 兄弟 姉妹) 心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・結核・遺伝性疾患 (父 母 兄弟 姉妹) C.発達障がい (自閉症スペクトラム・アスペルガー・ADHD・学習障がいLD・ディスレクシア・その他/ →それはどなたですか? ()

※お薬手帳を一緒にお出しください。
 ※ワクチン接種もれや、スケジュールの確認を
 ご希望の方は母子手帳も一緒にお出しください。

