初めて来院されたかたへ

フリガナ	男・女	年　月　日生　歳
お名前		現在の体重　kg
ご住所　〒		電話 （　　）

あてはまる項に○をつけ、具体的に記入して下さい

1. 出生時の様子について　　出生体重　（　　g）
   正常・仮死・黄疸・未熟児・逆子
   その他（　　）
2. 新生児期で何か指摘されたことはありますか？　ある・ない
（　　）
3. 乳幼児検診で何か指摘されたことはありますか？　ある・ない
（　　）
4. 今までに入院するような何か大きな病気をしたことがありますか？　ある・ない
（　　）
5. アレルギーについて
   (1) 注射や薬，食べ物で異常を起こしたことがありますか？　ある・ない
（　　）
   (2) つぎの病気があると言われたことはありますか？
   喘息・喘息様気管支炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・じんま疹
   気管支炎・ゼーゼーしたことがある。
6. 家族や血縁者の疾患及び慢性病について
   喘息・アトピー性皮膚炎などのアレルギー体質の方はいますか？
   いる・いない・わからない
   花粉症の方はいますか？　いる・いない・わからない
   遺伝するよう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
（　　）
7. 現在、治療中の病気や服用中の薬はありますか？
   ある・ない
（　　）
8. 当院をどちらでお知りになりましたか？
   インターネット　・　友達の紹介　・　病児保育室利用のため
   近所なので知っていた　・　通りかかった時見た　・　家族が受診したことがある
   その他（　　）

つだ小児科クリニック

シンリョウ 065-368