

～はじめて受診される方へ～

ふりがな	
お名前	
男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
現住所	〒
電話番号	1、 (自宅、父、母、祖父、祖母、その他：) 2、 (自宅、父、母、祖父、祖母、その他：) 3、 (自宅、父、母、祖父、祖母、その他：)

◇同居家族構成 (差し支えなければ)

--

◇お通いの園、学校、施設：

◇現在の身長 _____ cm 現在の体重 _____ kg

◇生まれた時に問題がありましたか？

◇他にかかっている医療機関はありますか？

◇通院中の病気等がありますか？ 普段使っている薬はありますか？

◇入院したことはありますか？

いいえ、はい (病名： _____)

◇アレルギーはありますか？

- ・薬 (_____)
- ・食べ物 (_____)
- ・気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎
- ・その他 (_____)