

以下をご記入の上、FAX 052-851-2120まで事前にお送りください。
カルテを準備してお待ちしております。ご来院当日に記入することも可能です。

| | | | | |
|------|-------------|----|----|--------------------------|
| ふりがな | | 男女 | 住所 | 〒 () |
| お名前 | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | 電話 | () |
| 年齢 | 歳 力月 | | 携帯 | () |

通園・通学している場合は園名・学校名をご記入ください。（予定の方もお願いします）

() 保育園・幼稚園・予定 () 小学校 () 中学校

①どのようなことで、受診ご希望ですか？（あてはまるものを○でかこんでください）

Ⓐ 予防接種・健診・育児相談・その他

Ⓑ 発熱 (°C) ・ 咳 ・ 鼻水 ・ のどの痛み ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 便秘 ・ 発疹

その他

来院時検温

°C

Ⓒ でお答えの方は・・・

その症状はいつから始まりましたか？

他の病院で治療を受けたり、市販薬など使用されていまして、その内容を教えてください。

②食物、注射、薬などで異常をおこしたことはありますか？ はい いいえ

内容を教えてください ()

③今までにかかったことのある病気、症状はありますか？（あてはまるものを○でかこんでください）

ぜんそく ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ じんましん ・ 食物アレルギー

けいれん ・ 突発性発疹 ・ みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 風疹 ・ はしか ・ 溶連菌感染症

その他

④出生時に何か異常はありましたか？ はい いいえ

()

⑤健診などで何か異常を指摘されたことはありますか？ はい いいえ

()

⑥ご家族で病気の方はいらっしゃいますか？ はい いいえ

()

⑦ご家族で、当院受診された方はいらっしゃいますか？ はい いいえ

お名前 ()

⑦その他、ご質問などありましたらご記入ください。