

ふりがな

氏名 (男・女) 年 月 日 (才 ャ月)

住所〒

 携帯番号

電話番号

現在の体温 °C

- 本日はどうされましたか？

- 現在飲んでいる、または使用している薬はありますか？

- 今までにアレルギー（花粉症・食物・薬剤）と言われたことがありますか？

ない ・ ある ()

- 今までにかかった病気はありますか？あてはまるものに○をつけて下さい。

麻疹（はしか）・風疹（三日ばしか）・水痘（水ぼうそう）・流行性耳下腺炎（おたふく）

突発性発疹・ひきつけ・熱性けいれん・その他 ()

- ご家族の方で何か病気をされた方はいますか？それはどなたですか？()にご記入ください。

喘息 ()、結核 ()、心臓病 ()、糖尿病 ()、がん ()、

花粉症 ()、食物アレルギー ()、その他 ()

- 生まれた時の体重 (g) 医療機関名 ()

生まれた時の異常： なし ・ あり 黄疸・呼吸障害・感染症・その他 ()

妊娠中のお母さんの状態： 異常なし ・ 異常あり ()

- 当院は院外処方となっております。お薬が出た場合薬局はどちらにしますか？

当院向かいの側の青りんご薬局 ・ かかりつけの薬局

ご記入ありがとうございます。しばらくお待ちください。

K こどもクリニック