

ふりがな

氏名 (男・女) 生年月日 S・H 年 月 日 (才)

住所 〒

☎電話番号 ( ) 携帯電話

現在の体温 °C 身長 cm 体重 kg

1、どうされましたか？ いつからですか？ 日前から

2、今までにアレルギー（花粉症・食物・薬剤）と言われたことはありますか。

ない ・ ある ( )

3、今までにかかった病気を教えてください。

水痘（水ぼうそう）・流行性耳下腺炎（おたふく）・喘息・心臓病・高血圧症・糖尿病・  
その他 ( )

4、現在、内服（使用）している薬はありますか。

5、来院1か月以内に予防接種を受けましたか。

いいえ ・ はい（予防接種名： ( )

6、健康状態についてお尋ねします。

睡眠： 良い ・ 悪い（寝つきが悪い・夜中に目が覚める・その他 ( )

食欲： ある ・ ない

喫煙： 吸わない ・ やめた ・ 吸う（一日 本）

飲酒： 飲まない ・ 飲む（毎日 週に 月に 回）

7、現在、妊娠中ですか。 いいえ・はい ( 週) 授乳中ですか。 いいえ・はい

生理不順はありますか。 いいえ・はい 最終月経： 月 日

8、その他に心配なことがありましたら、ご記入下さい。

Kこどもクリニックは院外処方となっております。お薬が出た場合は、お近くの薬局へ処方箋をお持ち下さい。

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