

当クリニックを初めて受診される方へ (H27.4月.第7版)

診察前に、記入をお願いします (記入日 年 月 日) (来院時体温 °C)

氏名: 男・女 年齢: 歳 ヶ月 体重 Kg
 保育園・幼稚園・小学校 組

I. 本日希望されることについて、お尋ねいたします。

1. 症状は、何ですか?
2. それはいつからの症状ですか?
3. どちらかの医療機関で、治療を受けられましたか?
4. 当クリニックにて、何をとお望みですか? (該当するものに○をして下さい。)

診断・検査・治療・紹介希望・診断書・相談・長期的な治療・管理
 公的認定の手続き・かかりつけ医の休診による代診・その他 ()

5. その他(例えば、粉薬望・熱さまし坐薬希望などありましたら、お書き下さい。)

II. これまでの事について、お尋ねいたします。

1. 薬のアレルギーは、ありますか? なし・あり 具体的に
2. 食物にアレルギーは、ありますか? なし・あり 具体的に
3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか?薬を飲んでいればご記入ください。

4. 患者様本人に以下に該当するものに○をして下さい。

けいれん(ひきつけ)・喘息・せきが続きやすい・ゼイゼイしやすい・抗生剤で下痢をしやすい・心臓・
 花粉症・アトピー性皮膚炎・鼻炎・腎臓病・じんましん

5. 家族の中で小児期まで含み以下の該当するものがあれば○をつけ続柄も記入してください。

けいれん(ひきつけ)・喘息・せきが続きやすい・ゼイゼイしやすい・抗生剤で下痢をしやすい・心臓・
 花粉症・アトピー性皮膚炎・鼻炎・腎臓病・じんましん

6. 喫煙される方はいらっしゃいますか? いいえ・はい 具体的に
7. ペットは飼われていますか? いいえ・はい 具体的に 犬・猫

III. 予防接種など (該当するものに○をして下さい。)

	四種(三種)混合	麻疹・風疹	水痘	溶連菌
予防注射	済み・未	麻疹 風疹 MR) 済み・未	済み・未	
かかったことがあれば○	百日咳	麻疹、風疹	水痘	溶連菌 (回)

IV. その他、質問等ありましたらご記入下さい。

V. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか? (該当するものに○をして下さい。)

※複数可

タウンページ・パオレビル入口の看板・パオレビル窓の掲示・クリニックドアの掲示
 当クリニックのホームページ・ブログ (受診するきっかけになった点)
 ()
 インターネットのいろいろなサイト(わかれば)
 医療機関からの紹介
 クチコミ(知人からの紹介も含めて)
 雑誌()
 その他()