

診 療 申 込 書

フリガナ			年齢	性別	男性	・	女性				
名前			歳 ヶ月	生年月日	大正	昭和	年	月	日		
					平成						
住所	〒										
自宅電話				携帯電話							
* 来院のきっかけを教えてください。（複数回答可）											
クリニック看板・チラシ・雑誌記事・近居・家族知人紹介・他院紹介・HP・その他（      ）											
二子新地ひかりこどもクリニック											

# 小児科専門外来問診票（アレルギー）

記入日 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 歳 ヶ月

身長 \_\_\_\_\_ cm ; 体重 \_\_\_\_\_ kg

出生（ \_\_\_\_\_ ）週 体長（ \_\_\_\_\_ ）cm 出生体重（ \_\_\_\_\_ ）g

1. お子さんは今まで何か病気や入院されたことはありますか。：いいえ・はい。

（例：1歳～ 喘息 \_\_\_\_\_ ）

2. 薬のアレルギーはありますか。：いいえ・はい（その内容 \_\_\_\_\_ ）

3. 食物アレルギーはありますか。：いいえ・はい（その内容 \_\_\_\_\_ ）

4. 今飲んでいる薬はありますか。

いいえ・はい（その内容 \_\_\_\_\_ ）

はいと答えた方：定期的に飲んでいる薬ですか、今回のみの薬ですか。（定期的・今回のみ）

**今日はどのようなことで受診されましたか。✓をつけてください。**

鼻づまり \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

眼がかゆい \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

皮ふがかゆい/湿疹 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

咳がとまらない \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

その他（ \_\_\_\_\_ ）

1. アレルギーについて検査をしたことがありますか。

いいえ ・ はい（最後に検査したのはいつですか \_\_\_\_\_ ）

---

上記以外のことで心配なこと、医師に相談したいことがあれば自由にお書きください。