

# はじめて来院された方へ

ふりがな			昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)
お名前	男・女		本人のご職業(こどもは省略可)
住所・TEL(連絡先の電話番号は全てご記入ください)			世帯主氏名
〒 -			第 子
1. ( ) - (父・母・自宅・他)			
2. ( ) - (父・母・自宅・他)			
3. ( ) - (父・母・自宅・他)			

Yesの場合は具体的な名称を明記、複数の場合は複数お答えください

1. 現在の体重 Kg (子供のみ記入)

2. アレルギーについて

薬剤アレルギーはありますか?(薬を飲んだことがなければNoに○を付けてください)

Yes ・ No ( )

食物アレルギーはありますか?(物を食べたことがなければNoに○を付けてください)

Yes ・ No ( )

アレルギーではないけれども、具合が悪くなった薬はありますか?

Yes ・ No ( )

3. 今までに何か特別な病気にかかったことはありますか、または何か慢性疾患がありますか?

Yes ・ No ( 病名 治療薬 )

4. 療育センター、保育園、幼稚園、学校等に通われていますか? 感染症把握のため施設名称が必要。

Yes ・ No ( ① ② )

ご記入ありがとうございました

これらの情報は個人情報保護法に基づき当院で定められた利用目的の範囲内(診療)でのみ利用致します