

# 当クリニックを初めて受診される方へ

(記入日 年 月 日) (来院時体温 \_\_\_\_\_ °C)

ひらがな  
氏名: \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 歳 ヶ月 体重 kg  
\_\_\_\_\_ 保育園・幼稚園・小・中 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. いつからですか? .....
3. どちらかの医療機関で、治療をうけましたか?
4. 当クリニックにて、何を希望ですか? (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・第二の意見・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、粉薬希望・熱さましは座薬希望 などありましたら、お書きください。  
( )

## 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. 今迄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. 患者様本人に該当するものに○をして下さい。

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

5. 家族の中で小児期まで含み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・咳が続きやすい・ゼイゼイしやすい・抗生剤で下痢をしやすい  
心臓病・腎臓病・花粉症・アトピー性皮膚炎・鼻炎・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.....

## 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(MR)	水痘	おたふく	
予防接種	済・未	済・未	済・未	済・未	
かかったものに○	百日咳	麻疹、風疹	水痘	おたふく	溶連菌( 回)

## IV. その他、質問等ありましたらご記入ください。

## 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○をつけてください。)

当クリニックのホームページ(受診のきっかけになった点 )  
口コミ(知人からの紹介を含め)・医療機関からの紹介・家族がかかっているから  
インターネットのサイト(わかれば: )その他( )  
パオレビルの入り口の看板・パオレビルの窓の掲示・クリニックドアの掲示・雑誌( )