

♪♪はじめて来院された方へ♪♪

令和 年 月 日

ふりがな																			
患者氏名	男 女																		
生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 才)																		
自宅住所	〒																		
自宅Tel ( )	携帯Tel (父・母・他: ( ) ( )																		
緊急連絡先 Tel ( )	※こちらはお子さんが一人で来院された時の 自宅・携帯・会社 ( )・その他 ( ) ご連絡先とし、他連絡等には使用致しません。																		
幼・保・学校																			
身長	cm 体重 kg																		
本日のご症状を、ご記入下さい																			
<p>☆出生時の様子についてお答え下さい。          在胎週数 ( ) 週、体重 ( ) g、分娩・出生時の状態 (正常・異常)</p> <p>☆今までにかかった病気はありますか？ はい・いいえ          はいの場合、下記の病名に○をつけて下さい。          麻疹 (はしか)、水痘 (みずぼうそう)、おたふく、風疹、突発性発疹、ひきつけ、          百日咳、川崎病、その他 ( )</p> <p>☆今までに入院や手術をしたことがありますか？ はい・いいえ          はいの場合 (その病名: )</p> <p>☆アレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか？ はい・いいえ          はいの場合、下記の病名に○をつけて下さい。          気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、動物 ( ) アレルギー、          その他 ( )</p>																			
<p>★他院に通院中ですか？ はい (内・外・整形・皮膚・小児・その他 )・いいえ</p> <p>★お薬を飲んでいますか？ はい ( □ お薬手帳持参 )・いいえ          はいの場合 (お薬の名前: )</p> <p>★薬や注射でアレルギー反応をおこしたことがありますか？ はい・いいえ          はいの場合 (お薬の名前 )</p> <p>★食べ物等で発疹等のアレルギー反応をおこしたことがありますか？ はい・いいえ          はいの場合 (食品名: )</p> <p>★家族構成についてお答え下さい。          ご家族の中に、アレルギー体質、大きな病気をした方がいましたら、          右記の ( ) 内にご記入下さい。( )          また、タバコをお吸いになる方がいましたら、下記の ( ) 内にご記入下さい。          ( )</p>																			
<p>こちらのクリニックを何で知られましたか (複数回答可)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> クリニック看板</td> <td><input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介</td> <td><input type="checkbox"/> 家族が通院中・かかったことがある</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> グーグル (Google)</td> <td><input type="checkbox"/> ヤフー (Yahoo!)</td> <td><input type="checkbox"/> 病院検索サイト</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ひまわり (東京都医療機関案内サービス)</td> <td><input type="checkbox"/> 家・学校からの近い</td> <td><input type="checkbox"/> その他の検索サイト</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 当院ホームページ</td> <td><input type="checkbox"/> 家・学校からの近い</td> <td><input type="checkbox"/> 役所からの紹介</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 駅構内看板</td> <td><input type="checkbox"/> バス音声</td> <td><input type="checkbox"/> 他院からの紹介</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> クリニック看板	<input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介	<input type="checkbox"/> 家族が通院中・かかったことがある	<input type="checkbox"/> グーグル (Google)	<input type="checkbox"/> ヤフー (Yahoo!)	<input type="checkbox"/> 病院検索サイト	<input type="checkbox"/> ひまわり (東京都医療機関案内サービス)	<input type="checkbox"/> 家・学校からの近い	<input type="checkbox"/> その他の検索サイト	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ	<input type="checkbox"/> 家・学校からの近い	<input type="checkbox"/> 役所からの紹介	<input type="checkbox"/> 駅構内看板	<input type="checkbox"/> バス音声	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
<input type="checkbox"/> クリニック看板	<input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介	<input type="checkbox"/> 家族が通院中・かかったことがある																	
<input type="checkbox"/> グーグル (Google)	<input type="checkbox"/> ヤフー (Yahoo!)	<input type="checkbox"/> 病院検索サイト																	
<input type="checkbox"/> ひまわり (東京都医療機関案内サービス)	<input type="checkbox"/> 家・学校からの近い	<input type="checkbox"/> その他の検索サイト																	
<input type="checkbox"/> 当院ホームページ	<input type="checkbox"/> 家・学校からの近い	<input type="checkbox"/> 役所からの紹介																	
<input type="checkbox"/> 駅構内看板	<input type="checkbox"/> バス音声	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介																	
<input type="checkbox"/> その他 ( )																			