

太枠内をご記入下さい。

日付：

(ふりがな) 氏名	男 ・ 女 第 子	カルテ No.
生年月日	H ・ S 年 月 日	
住所	〒	
電話番号	携 帯 ・ 自 宅	
保護者氏名		
当院を受診したことのある家族の氏名：		
通園施設 学校名	( ) ・ 通園していない	
<b>【既往歴】</b> 当てはまる項目に○をつけて下さい。		
・ 早産児 ( 週 )		
・ 低出生体重児 ( 出生体重 g )		
・ 心臓の病気 ( 年 月 病名 治療 )		
・ 腎臓の病気 ( 年 月 病名 治療 )		
・ 川崎病 ( 年 月 治療 )		
・ 先天性の病気 ( 年 月 病名 治療 )		
・ 喘息 ( 初回 年 月 、 最終発作 年 月 )		
・ 熱性けいれん ( 初回 年 月 、 最終 年 月 、 合計 回 )		
・ アレルギー [ 食べ物：卵・乳製品・小麦・その他( ) 薬 (薬品名 ) ( 年 月 症状 症状までの時間 )		
・ アトピー性皮膚炎 ( 年 月 治療 )		
・ 発達や精神的な障害 ( 病名 )		
・ その他 ( 病名 )		
ご家族で既往歴に当てはまる場合はご記入下さい。( 続 柄 病 名 )		
常時使用している薬はありますか？ ある( ) ・ なし		
上記の情報は診療目的以外で使用することはありません。ただし、連携病院や公的機関等への紹介の際、これらの情報が、診療上必要と判断した場合、提供することがあります。同意のサインをお願い致します。		
患者様が未成年の場合には保護者の方がお書きください。 氏 名 続 柄( )		

クリニック使用欄