

初めて受診される方へ

桜が丘クリニック

ID

平成 年 月 日

ふりがな			
お名前		幼稚園・保育園・学校名	
ご住所			
電話番号		体重 k g	(*お子さんは必ず記入を)
携帯電話			
生年月日	年	月	日 (歳) (男・女)

①桜が丘クリニックをどこでお知りになりましたか？

- 病院の紹介 (病院) 知人の紹介 (さん)
 インターネット 家族 () その他 ()

②かかりつけ、以前までかかっていた病院はありますか？ あり なし
 ある方は病院名 (病院・クリニック・医院)

③市販のお薬や病院処方のお薬を飲まれていますか？

- はい いいえ はいとお答えの方はお薬の名前をお知らせください

お薬手帳を持参されている方は問診表と一緒にご提出でも構いません。

④治療中の病気や手術歴はありますか？ あり なし

⑤今までにけいれん・ひきつけをおこしたことはありますか？

ある場合は、今までに何回 (回) 最後になったのはいつ頃(年 月)

熱はありましたか？ ある ない

⑥アレルギー体質についてお尋ねします。

食品・薬剤などで発疹が出たり具合が悪くなったことはありますか？ ある ない

ある場合は下記に記入して下さい。

食品 () 薬剤 ()

どのような症状ですか？

- 発疹 息苦しさ 咳 けいれん その他 ()

⑦薬を内服して眠くなりますか？ はい いいえ

⑧ご両親・ご兄弟等アレルギー疾患（下記症状）のある方はいらっしゃいますか？

- 鼻炎 アトピー 花粉症 喘息 その他 ()

⑨ご家族でタバコを吸われる方はいますか？ あり なし

(検査結果・紹介状等もあればご提出ください)

女性の方にお尋ねです。

妊娠の可能性はありますか？ ある なし わからない

授乳はされていますか？ はい いいえ