



すこやかkidsクリニックをはじめて受診されるかた

円滑な診療を行うため、お手数ですがご記入をお願いいたします。



記入日 年 月 日

ふりがな お子さまの名前	男・女	体温	°C
		体重	kg
生年月日	平成 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)		
ふりがな 住所	□□□□□□□□ ※次の場合は、住所の記入は不要です。どちらかにチェックを→(口きようだいと同じ □まるふく・保険証と同じ)		
電話番号	自宅 - - / 携帯 - -		
兄弟姉妹	人中 番目		
就学状況	未就園 / () 保育園・幼稚園・認定こども園 () 小学校・中学校		

1. 出生時のことをお聞かせください。

- 妊娠中や出産時になにか異常はありましたか？ なし あり(内容: _____)
- 出生体重 _____g 出生週数 _____週
- 健診などで何か指摘されたことはありますか？ なし あり(内容: _____)

2. 今までにかかったことのある病気はありますか？ なし

- みずぼうそう おたふく
- 気管支喘息 → 最終発作日 _____年_____月_____日
- けいれん(熱あり / 熱なし) 合計 _____回 → 最終発作日 _____年_____月_____日
- 手術歴(_____歳の時に、 _____の手術)
- その他(内容: _____)

3. アレルギー疾患はありますか？ なし あり (当てはまる項目にチェックをしてください)

- アトピー性皮膚炎 食物アレルギー【卵・乳・小麦・大豆・その他(_____)】
- 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 花粉症 じんましん 薬疹
- その他【 _____ 】

4. 何か相談したいことがあればご記入ください。

(_____)

スタッフ記入欄

Es
水分
Hr
活気