

診 療 申 込 書

フリガナ		年齢	性別	男性	・	女性					
名前			生年月日	大正	昭和	年	月	日			
				平成							
住所	〒										
自宅電話			携帯電話								

* 来院のきっかけを教えてください。（複数回答可）

クリニック看板・チラシ・雑誌記事・近居・家族知人紹介・他院紹介・HP・その他（ ）

ミューザ川崎こどもクリニック

小児科専門外来問診票（アレルギー）

記入日 月 日

お名前 _____ 男・女 年齢 歳 ヶ月

身長 _____ cm ; 体重 _____ kg
出生（ _____ ）週 体長（ _____ ）cm 出生体重（ _____ ）g

1. お子さんは今まで何か病気や入院されたことはありますか。：いいえ・はい。

（例：1歳～ 喘息 _____ ）

2. 薬のアレルギーはありますか。：いいえ・はい（その内容 _____ ）

3. 食物アレルギーはありますか。：いいえ・はい（その内容 _____ ）

4. 今飲んでいる薬はありますか。

いいえ・はい（その内容 _____ ）

はいと答えた方：定期的に飲んでいる薬ですか、今回のみの薬ですか。（定期的・今回のみ）

今日はどのようなことで受診されましたか。✓をつけてください。

鼻づまり _____ 月 _____ 日頃から

眼がかゆい _____ 月 _____ 日頃から

皮ふがかゆい/湿疹 _____ 月 _____ 日頃から

咳がとまらない _____ 月 _____ 日頃から

その他（ _____ ）

1. アレルギーについて検査をしたことがありますか。

いいえ ・ はい（最後に検査したのはいつですか _____ ）

上記以外のことで心配なこと、医師に相談したいことがあれば自由にお書きください。