

わくこどもクリニック

ふりがな	男女	生年月日 年 月 日
お名前 () 歳		
ご住所 〒		お電話番号【携帯もお願いします】 自宅 () 携帯 ()
体重 () Kg	身長 () cm	園名 学校名 ()

記入日 年 月 日 記入者のお名前(ご関係): ()

(1) 本日はどのような症状でご来院でしょうか？ それはいつ頃から出現していますか？
(例： 鼻水 ○月●日から 熱 ○月●日から)

(2) 今までにかかった病気(アレルギーや喘息)・いま治療中のご病気も教えてください。
(例：「喘息：○歳から」「熱性けいれん：○歳から2回」「卵アレルギー たまご制限中」等)

(3) 今、内服されているお薬はありますか？
お薬手帳をご提出頂ければ () 内への内容の記入の必要はありません。
なし・あり ()

(4) これまでにどんなワクチンを接種されましたか？
4種(3種)混合 BCG ロタウイルス B型肝炎
ヒブ(インフルエンザ桿菌ワクチン) プレベナー(肺炎球菌ワクチン)
麻疹(はしか)・風疹(三日ばしか) 日本脳炎 水痘(水ぼうそう) おたふく
季節性インフルエンザワクチン ポリオ その他 ()

(5) 今までに注射や飲み薬などで副作用が出たことはありますか？
なし・あり ()

(6) ご家族の構成、ご病気・アレルギーなどについても教えてください。
(例：両親元気、 兄 7歳 喘息 鼻炎、 姉 3歳 元気)

(7) 当院は、基本的にジェネリック(後発)薬品処方にしております。アレルギーなどで先発品をご希望の方は必ずお申し出ください。

(8) 当院受診を何で決められましたか？
① ホームページ・くちコミサイト ② 広告 ③ キリン像 ④ 知人の紹介 ⑤ その他 ()