

# 予診票（子供用）

平成 年 月 日

ふりがな			
お名前	生年月日 平成 年 月 日		
住所 〒	電話 —		
当院に通院されているご家族はいらっしゃいますか	お名前_____		
ご兄弟(姉妹)の数は	人		
ひきつけを起こしたことはありますか？	ない、ある（どんなときに _____歳頃から、_____回くらい		
薬を飲んで発疹が出たり下痢を起こしたことはありますか？	ない、ある 薬のなまえと症状（ _____ ）		
食べ物のアレルギーはありますか？	ない、ある （卵、エビ、カニ、そば、その他 _____ ）		
家族に ぜんそく、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎などの人がいますか？ いる、いない（ _____ が、病名 _____			
現在のおよその体重	kg		
今日はどのような症状で来院されましたか？			

当院を何でお知りになりましたか？差し支えなければご記入ください。

- ①近所だから      ②家族が受診しているから      ③知人から勧められた  
④電話帳で      ⑤ホームページで

