小児科とアレルギーの専門医によるクリニック
はやしこども
アレルギークリニック
HAYASHI KIDS ALLERGY CLINIC

アレルギー外来を受診された方へ

ふりがな		男・女	生年月日 昭・平・令　　年　　月　　日 生 西暦（　　）年	
お名前	様			
ご住所	〒		電話	自宅　（　　） 携帯　（　　）　父母

朝の熱　（　　）℃、　来院時　（　　）℃　　体重（　　kg・g）

① 今日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

②いつ頃からどのような症状がありましたか？
例)8 か月時に初めてうどんを食べて 30 分後に顔が赤くなった。

③ 乳児湿疹は生後 3 か月以内にありましたか？(　　)

④ 今までにアレルギーの治療を受けたことがありますか？どのような内容でしたか？

⑤ アレルギー以外で相談したいことはありますか？

⑥ 当院を知ったきっかけは何ですか？
ネット検索(ホームページ、その他のサイト　　)、 知人の紹介、 看板、
新聞の折り込み、 チラシ、 通りすがり、 その他(　　)

⑦ 来院方法は何ですか？　　徒歩、自転車、自家用車、バス、電車、タクシー

⑧ ご要望があればなんでもどうぞ
(　　)