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

はじめて来院された方へ

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？(〇をつけてください)
発熱、鼻汁、せき、下痢、嘔吐、頭痛、発疹、喉が痛い
予防接種、検診、アレルギー外来

② 出生時の様子　(　　)g (　)週　NICU 入院歴(有・無)

③ 今までに病気、入院したことはありますか？(　　)

④ 今までに受けた予防接種はありますか？
BCG、ポリオ(1,2,3 回,追加)、三種混合(1,2,3 回,追加)、四種混合(1,2,3 回,追加)、B 型肝炎(1,2,3 回)、ロタウィルス(1,2,3 回)、小児肺炎球菌(1,2,3 回,追加)、
ヒブ(1,2,3 回,追加)、MR(麻疹、風疹) (1,2 回)、日本脳炎(1,2 回,追加、２期)、
水ぼうそう(1,2 回)、おたふく(1,2 回)、ヒトパピローマウィルス(1,2,3 回)

⑤ アレルギーがありますか？食べ物、薬、塗り薬、動物　など　　(　　)

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
(　　)