年　月　日

初　診　申　込　書

◎他院からの紹介状　　有，無

ふりがな		性別	男・女
氏名			
生年月日	１令和　２平成　３昭和　　年　月　日　（　　歳　　ヶ月）		
住所	〒　　－		
電話番号	（　　）　　－	携帯番号	－　　－
	体重　　ｋｇ　身長　　ｃｍ	現在の体温	℃

所　属　：　　保　・　幼　・　小　・　中　　年生

1.　生まれたときの体重（　　ｇ）

妊娠中・生まれたときの異常　　なし　あり（　　）

母乳　　混合　人工乳

2.　今までかかった（○をつけてください）

はしか　風疹（三日ばしか）　おたふくかぜ　みずぼうそう　百日咳

突発性発疹　喘息　アトピー性皮膚炎　ひきつけ（発熱あり・なし）

花粉症 中耳炎 その他（　　）

3.　受けた予防接種（○をつけてください）

ヒブ　肺炎球菌　B 型肝炎 ４種混合　BCG　麻疹風疹　みずぼうそう 日本脳炎

２種混合　ポリオ　３種混合　ロタ おたふくかぜ その他（　　）

4.　今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

なし　あり（　　）

5.　ご家族の方に次の病気の方はいらっしゃいますか？

アレルギー（喘息　アトピー性皮膚炎 花粉症　アレルギー性鼻炎 慢性蕁麻疹）

結核 けいれん

6.　家族構成　　喫煙　　(本人に〇をつけてください)

父（　）歳　あり・なし　第１子（男・女）（　）歳　　（　）

母（　）歳　あり・なし　第２子（男・女）（　）歳　　（　）

第３子（男・女）（　）歳　　（　）

7.飲めるお薬の種類は？

粉薬（そのまま飲む、水に溶かして飲む）錠剤　カプセル　シロップ