



記入日：平成 年 月 日

フリガナ

氏名： ( 歳) 性別：男・女

生年月日：大正 / 昭和 / 平成 年 月 日

住所：〒

電話番号：[自宅]

[携帯]

在園(校)中の園・学校名：

来院時体温： °C



お子様はアレルギー疾患を中心に診察しております。ご了承くださいますようお願いします

① 今日どのような症状があり、受診されましたか？

発熱  喉の痛み  鼻水(透明・黄緑)  鼻づまり  咳  痰  ぜんぜん

蕁麻疹  湿疹  その他 ( )

② いつ頃から症状を認めますか？ ( )

③ ①の症状について、他の医療機関を受診されましたか？ (はい・いいえ)

“はい”の方→どのような診断を受けましたか ( )

④ 現在服用しているお薬はありますか？ (はい・いいえ)

“はい”の方→服用しているお薬を教えてください ( )

お薬手帳をお持ちの場合は、ご記入は不要です。ご提示をお願いします。

⑤ 今までにかかったことのある病気について教えてください

突発性発疹、溶連菌感染症、ひきつけ（熱あり・なし、 歳から 回）、川崎病、肺炎、

中耳炎、湿疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、気管支喘息、花粉症、蕁麻疹

その他大きな病気・手術・入院歴など（ ）

⑥ お薬や食べ物にアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

“はい”の方 → 内容をご記入ください（ ）

⑦ ご家族について教えてください

アレルギー体質（喘息、花粉症、アレルギー性鼻炎、アトピー、食物アレルギーなど）の方は

いますか？ → いない・いる（ ）

タバコを吸う人はいますか → いない・いる（ ）

ペットを飼っていますか → いない・いる（ ）

兄弟姉妹のいる方は教えてください → 兄（ 歳）・姉（ 歳）・弟（ 歳）・妹（ 歳）

