

ふりがな  
名前 ( 男 ・ 女 )

生年月日 年 月 日 歳 ヶ月

身長\* cm 体重\* kg \*大人の方は  
未記載でも結構です

住所 〒

電話番号 ① - - ( ) ② - - ( )

家族構成 父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ ( )

生活状況 未就園 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ ( \* )

\*園名・学校名をご記載下さい

出生時の状況

週数( 週 日) 出生体重( g) 出生・分娩時異常 無 有( )

今までにかかった病気や入院をしたことはありますか？

- 突発性発疹 水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん 無熱性けいれん  
川崎病 先天性心疾患 その他( )  
入院歴 ( )

アレルギーはありますか？

- 無  
食物アレルギー ( 卵 ・ 乳 ・ 小麦 ・ その他: )  
薬アレルギー ( )  
喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 ( スギ ・ ヒノキ ・ その他: )

アレルギー検査をしたことはありますか？

- 無  
有 ( ハウスダスト ・ ダニ ・ スギ ・ ヒノキ ・ その他: )

本日はどうされましたか？ 症状の経過を詳細にご記載ください 本日の体温 \_\_\_\_\_℃