

受付日 \_\_\_\_\_

子どもの氏名(ふりがな) \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

かかりつけ医			
最近の病歴	この1か月にかかった病気はありますか？		
健康状態	生まれつきの病気	無・有	病名
	常用している薬	無・有	
	熱性けいれん	過去	回(初回 才 か月/ 最後 才 か月)
	てんかん	過去	回(初回 才 か月/ 最後 才 か月)
	ぜん息	無・有	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了
	その他		
	体質等	<input type="checkbox"/> 脱臼癖がある <input type="checkbox"/> 嘔吐しやすい <input type="checkbox"/> 日光湿疹がでる <input type="checkbox"/> ひきつけを起こしやすい <input type="checkbox"/> その他	
	発育状況等	気になることがあればご記入ください	
アレルギー	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー*アレルギーのある食物を全て書いて下さい ( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
その他			