

現在治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 中耳炎

その他

過去に治療をした病気はありますか？ ある ・ ない

熱性けいれん おたふく 喘息 アレルギー性鼻炎 中耳炎

その他

現在服用しているお薬はありますか？ ある ・ ない

お薬の名前がわかる方はご記入ください。

手帳参照

薬や卵・牛乳などのアレルギーはありますか？

ある

薬剤・食物（卵・牛乳）	症状

・ ない

予防接種しているものに○をつけてください。

麻疹 風疹 破傷風 ジフテリア ポリオ 水ぼうそう おたふく

日本脳炎 百日咳

なにか伝えておきたいことがあれば、記入してください。

当院をなにで知りましたか？

電柱看板・駅看板・インターネット・家族紹介・知人紹介・他院から紹介

職場が近い・実家の近く・数年前に来院した・最近引っ越してきた

ワクチンの予防接種で来院した事がある・その他

裏面も記入してください→

