初めて来院された患者様へ

診察時の参考にいたします。ご記入お願いします。

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

◎ 家族構成（ご本人と同居している方に〇をお付けください。）

父　　　　　　　　母
兄（　　　人）　　姉（　　　人）
弟（　　　人）　　妹（　　　人）
父方祖父　　　　　父方祖母
母方祖父　　　　　母方祖母
その他（　　　　　　　　　　　　）

◎ お薬で具合の悪くなったことがありますか？

無　・　有　→（薬品名：　　　　　　　症状：　　　　　　　）

◎ 食物のアレルギーは　ありますか？

無　・　有　→（食品名：　　　　　　　症状：　　　　　　　）

◎ 今までにかかった病気

発症年齢	病名	入院歴・手術歴など	継続の有無
才			有・無
才			有・無
才			有・無

◎ その他、伝えたい事などがあればご自由にお書き下さい。

［　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

◎「子ども診療所」はどちらでお知りになりましたか？〇をお付けください。

・ご近所　・知人の紹介　・学校、園　・兄弟が通院している
・ホームページ　・インターネット　・立川相互病院にて出生
・他（　　　　　　　　　　　　）

［記入者］　本人　・　付添者（続柄　　　　　　　）

身長　　　　　　cm　／　体重　　　　　　kg

☐Dr　☐Ns