※　お書きいただいた個人情報は当クリニックで定めた利用目的の範囲内でのみ利用致します

ふりがな
お　名　前　　性　別　　男　・　女

郵便番号　〒
住　　所

電　話　番　号　　（　　）　　生年月日　　H　　年　　月　　日

★　今日いらした理由

いつ頃から、どのような症状が出ていますか？

現在の体重	

★　他にご相談したいことはありますか？

出生時の週数と体重　　（　　週　　g）

出生時に異常はありましたか？　はい・いいえ

今までにかかった病気

RS　川崎病　喘息　腸重積　心雑音　他（　　）

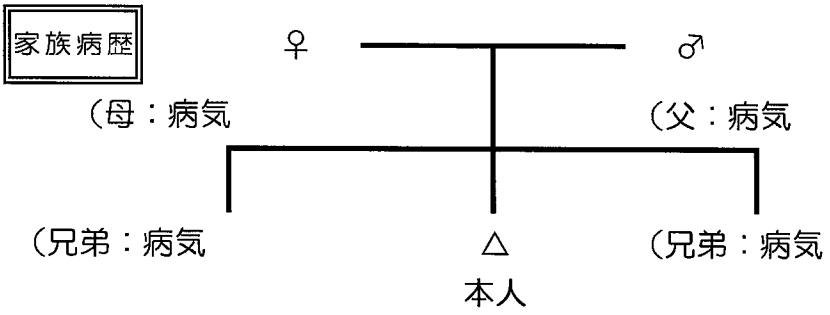
現在服用している薬

（　　）

アレルギーをおこしたことはありますか？　（　薬　・　食物　・　動物　）

（原因となるもの　　症状　　）

ペットは飼っていますか？

いいえ・はい　（　動物名　　）

家族病歴