

新患登録表

ふりがな		男 女	体重 kg
氏名			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳 ヶ月	
郵便番号	〒 -		
自宅住所	東京都世田谷区		
自宅電話			
携帯電話			

- ① 本日はどうして来院されましたか？(例:2日前より発熱している)
- ② 今まで重い病気になった事がありますか？
ない ある(病名))
- ③ 今までにひきつけた事がありますか？
ない ある
- ④ 今までにアレルギー性の病気と診断された事がありますか？
ない ある(気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎
その他))
- ⑤ 今までに薬の副作用が出た事がありますか？
ない ある(薬の名前))
- ⑥ 今までに食物アレルギーを起こした事がありますか？
ない ある(卵・牛乳・大豆・小麦・その他))
- ⑦ 今までに予防接種で副作用が出た事がありますか？
ない ある(どの様な副作用でしたか？))
- ⑧ 当院を何でお知りになりましたか？
ホームページ ご紹介 家族 ニコのおうち利用 その他()
- ⑨ ニコこどもクリニックにご家族でかかられている方はご記入ください。
(ID番号がわかれば記入してください。)

氏名	生年月日	続柄	ID番号
	昭和・平成 年 月 日		