

小児科外来受診希望の方へ

氏 名		
年 齢	歳 カ月	男 ・ 女
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入ください)		Tel.
現在の体重	Kg	

■ いつからどのような症状が出ていますか？

■ 該当するところをチェックしてください。

➤ 薬のアレルギー

なし ・ あり ()

➤ 食物アレルギー

なし ・ あり ()