

初めて当院に受診された方へ

受診日：平成 年 月 日

フリガナ			男・女	今日の体温	℃
氏名				1ヶ月以内の体重	kg
生年月日	昭和・平成	年	月	日	(満才)
住所	〒 市 区				
電話	(自宅)	(携帯)	ご家族受診歴 有・無		

1. 今回どのようなことで受診されましたか。それはいつ頃からですか。

2. 現在治療中の病気があれば、病気とお薬の名前を教えてください。(あり・なし)
お薬手帳がございましたらご提示ください。

3. 妊娠第()週で、出生体重()g (正常分娩・帝王切開)
出生時に特別なことがあればお知らせください。

4. 今までにかかった大きな病気、入院治療を受けた病気があれば教えてください。

次の病気のある場合は○印をつけてください。

喘息、アトピー性皮膚炎、神経疾患(てんかん)、その他()

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか?(はい・いいえ)
はい、の場合原因を教えてください。家族でアレルギー etc ある場合は記入して下さい。

6. 下記の病気にかかったことがありますか。

麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘、肺炎、胃腸炎、熱性けいれん、その他()

7. お済みの予防接種を○で囲んでください。

BCG 四種混合 又は 三種混合 生ポリオ 又は 不活化ポリオ

麻疹・風疹もしくはMRワクチン、日本脳炎 ヒブワクチン(Hib) おたふくかぜ 水痘 肺炎球菌
ロタウイルスワクチン

8. ご家族の構成を教えてください。

父()歳、母()歳、本人()歳

兄()歳、姉()歳、弟()歳、妹()歳

9. 今回特にご質問、ご相談がございましたら、ご記入ください。

