

はじめて受診される方へ

I D.

記入年月日 令和 年 月 日 (おわかりになる範囲で結構です)

ふりがな		生年月日	平成 令和	年	月	日	生	男・女
お名前			(歳		ヶ月)		
ご住所	〒		電話番号	携帯				
				自宅				

妊娠中の異常 なし ・ あり ()

分娩 正常 ・ 吸引 ・ 帝王切開 ・ 骨盤位 ・ その他 ()

在胎週数 _____ 週 _____ 日

出生体重 _____ g 出生身長 _____ cm

出生時異常 (仮死・黄疸など) なし ・ あり ()

栄養 母乳 ・ ミルク ・ 混合

これまでに受けた予防接種

ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ 四種混合(DPT-IPV) ・ 五種混合 (DPT-IPV-HIB)

ロタ ・ BCG ・ MR (麻疹・風疹混合)1期 2期 ・ 水痘 ・ おたふく

日本脳炎 ・ DT

三種混合 (DPT) ・ ポリオ ・ インフルエンザ ・ その他 ()

食べ物や薬にアレルギーはありますか

ない ・ ある ()

今までにかかったことのある病気

喘息 ・ けいれん (ひきつけ) ・ 川崎病 ・ アトピー性皮膚炎

麻疹 ・ 風疹 ・ おたふくかせ ・ 水ぼうそう ・ 突発性発疹

その他 ()

【アンケート】

当院を何でお知りになりましたか？

- ・ 看板を見た ・ 家、職場が近い ・ 紹介 (友人・他院) ・ 家族・兄弟が来院している
- ・ ホームページ ・ インターネット () ・ 広告 ()