

はじめて受診される方へ

かな		男・女	住所	〒	
氏名			電話番号		
生年月日	年 月 日		携帯番号		
年齢	才 ヶ月		父	才	
体重 kg 出生体重 g			母	才	
			兄弟	人の 番目	

①どちらで当院をお知りになりましたか？あてはまる番号に○をつけて下さい。

- 〔1〕 知人・家族からの紹介（ご紹介者名： ）
 〔2〕 建物を見て 〔3〕 ホームページを見て 〔4〕 近いから
 〔5〕 その他（ ）

②現在どのような症状がみられますか？

- 発熱 発疹 咳 鼻水 下痢 嘔吐
 その他（ ）

③いつ頃からですか？

月 日 頃～

④現在、病気で病院にかかっていますか？

- いいえ はい 病名（ ）
 病院名（ ）

⑤現在、薬を飲まれていますか？

- いいえ はい 名称（ ）

⑥これまでにかかった病気に○をつけて下さい。

- 突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 喘息
 アトピー性皮膚炎 じんましん 心臓病 腎臓病 てんかん
 熱性けいれん【年齢】 才頃 【回数】 回
 その他（ ）

⑦これまでに受けた予防接種に○をつけて下さい。

- ヒブ(1、2、3、追加) 肺炎球菌(1、2、3、追加) 4種混合(1、2、3、追加) BCG
 麻しん風しん混合(1、2) ポリオ(1、2、3、追加) 水ぼうそう(1、2) おたふくかぜ(1、2)
 日本脳炎(1、2、追加、2期) B型肝炎(1、2、3) ロタ(1、2、3)

⑧注射をして気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？

- ない ある(【薬品名】)

⑨卵アレルギーなど、食物アレルギーはありますか？

- ない ある()