

この用紙を印刷し、以下の項目にご記入ください。受診の際に必ずお持ちください。

***保護者の方へ**：発疹のあるお子さん・耳の下の腫れのあるお子さんは、受付にお知らせ下さい。

年 月 日記入

当院をはじめて受診されるかたへ

ふりがな	性別
お子様のお名前	男・女
生年月日	歳 ヶ月
昭和・平成 年 月 日	
ご住所 〒 -	電話番号 - -

- 1) 体温 ℃ 身長 cm 体重 Kg
- 2) いつ頃からどのような症状がありましたか？
- 3) 現在、飲んでいる薬はありますか？
いいえ
はい(品名:)
- 4) 生まれた時の状態はどうでしたか？
体重 g , 週数 週, 普通分娩・帝王切開・吸引分娩・鉗子分娩
妊娠・出産時の異常:なし・あり()
- 5) いままでどんな病気にかかりましたか？
はしか・風疹・水痘・おたふくかぜ・突発性発疹・溶連菌感染症・熱性けいれん・川崎病
喘息・アトピー性皮膚炎・気管支炎・肺炎・その他()
- 6) 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？
いいえ
はい(品名:)
- 7) 済んでいる予防接種は何ですか？
BCG・はしか・風疹・麻疹風疹混合(1 2)・三種混合(1 2 3)
水痘・日本脳炎・おたふくかぜ・インフルエンザ(1 2)
- 8) 家族の方は健康ですか？
父(歳)健康・いいえ()
母(歳)健康・いいえ()
お子様 (男・女)(歳)健康・いいえ()
(本人を含む) (男・女)(歳)健康・いいえ()
(男・女)(歳)健康・いいえ()
(男・女)(歳)健康・いいえ()
その他の方 () (歳)健康・いいえ()
その他の方 () (歳)健康・いいえ()