

初めて受診される方へ

年 月 日 ID:

(フリガナ):

受診される方のお名前: _____ (男・女) 体温: _____ °C

生年月日 : 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 身長/体重: _____ cm _____ kg

保護者(記入される方) : _____ 続柄: _____

保育園・幼稚園・小中学校 : _____

ご住所 : 〒 _____

電話番号: _____ 携帯:(母) _____

(父) _____

今、一番困る症状は何ですか?いつから、どんな症状があるか記入して下さい。:

今迄にかかった病気(○をつけて下さい):

麻疹 風疹 おたふくかぜ 水痘 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー

その他: _____

食べてはいけないもの: _____

いつも服用している薬、注射(○をつけて下さい): なし あり

薬品名など: _____ 使用できない薬品: _____

出生時:

生まれた病院・産院: _____ 出生時体重: _____ g

在胎: _____ 週 _____ 日 (分娩: 普通 鉗子 吸引 帝王切開)

新生児期のこと(もしあれば): _____

今迄に受けた予防接種(○をつけて下さい):

インフルエンザ 桿菌B (Hib) 小児用肺炎球菌 B型肝炎 ロタウイルス 4種混合 (DPT+IPV) BCG

麻疹風疹 (MR) 水痘 おたふく 日本脳炎

3種混合 (DPT) 2種混合 (DT) (ポリオ 麻疹 風疹 HPV)

その他 ()

診療上、特に気をつけてほしいこと(もしあれば記入して下さい):

家族: _____ 人 () 例: 家族5人 (本人、父、母、姉、祖母)

家族で病気の方はいますか?: _____