

# 初めて来院された方はご記入ください

診察券No. \_\_\_\_\_

あてはまる口に✓をおつけください

フリガナ	生年月日
お名前 様 年齢 歳 月 日 男 女	平成 年 月 日
ご住所 〒	お電話番号 自宅 : _____ 携帯 : _____
( <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校	体重 _____ kg

## ★お子さまのことにについてわかる範囲でご記入ください

出産・発育・発達 妊娠( )週( )gで出生  
 出生直後から新生児期に異常がありましたか なし あり( )  
 今までの発育・発達に異常がありましたか なし あり( )

お子さまが今までにかかった病気に✓をつけてください。入院歴があればその他にご記入ください。

突発性発疹症  熱性けいれん  水痘  おたふくかぜ  
 中耳炎  喘息  アトピー性皮膚炎  花粉症  
 その他( )

他院に定期的に通院治療している病気はありますか

なし あり( )

今までに受けた予防接種に✓をつけてください

ヒブ  肺炎球菌  4種混合(DPT-IPV)  3種混合(DPT)  
 不活化ポリオ(IPV)  経口ポリオ(OPV)  B型肝炎  ロタ  
 麻疹風疹混合(MR)  水痘  おたふくかぜ  日本脳炎  
 2種混合(DT)  子宮頸がん(HPV)  インフルエンザ  BCG

今までに受けた予防接種で具合悪くなったことはありますか

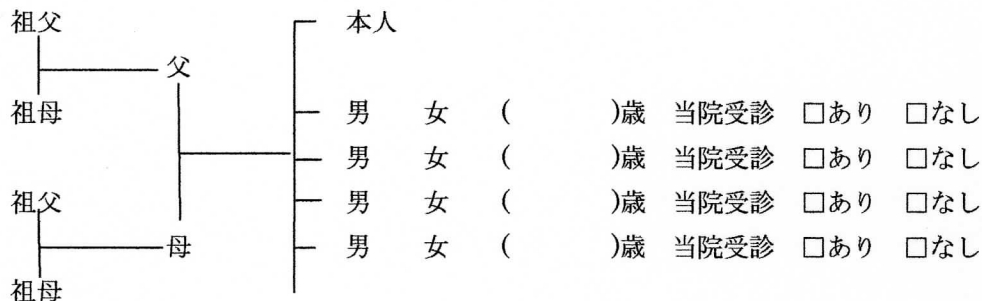
なし あり( )

アレルギー症状の出るもの、または具合の悪くなるものはありますか

なし あり 薬剤( )  
 食物( )  
 その他( )

## ★ご家族について伺います

同居のご家族に○をつけてください 家族 ( )人



他のご家族：

ご家族の病気についてあてはまるものがあれば✓をつけてください

アレルギー  心臓病  腎臓病  けいれん  
 糖尿病  結核  その他( )

## ★当院をどのように知りましたか(いくつでも)

ホームページ  友人の紹介  他院からの紹介  きょうだいかかりつけ  
 電柱看板  ビル看板  近所  その他( )

スキャン  確認