

# 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	平成 令和 西暦
様 年齢 歳 月 □男 □女	年 月 日
ご住所 〒	お電話番号
	自宅 :
	携帯 :
□保育所 □幼稚園 □小学校 □中学校	体重 k

★お子さまのことに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

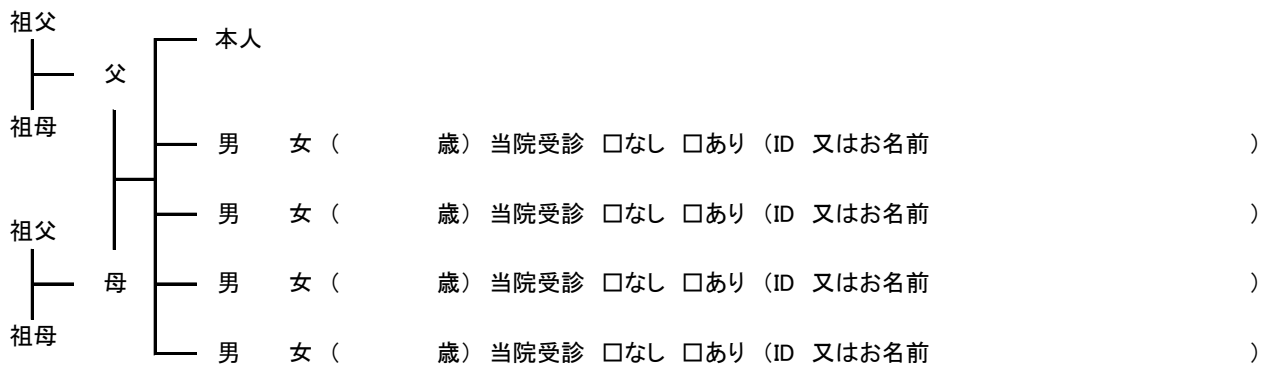
□なし □あり( )

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、どなたの病気かお書きください

□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)

□当院のホームページ □E-PARK □友人の紹介 □きょうだいかかりつけ  
 □電柱看板 □ビル看板 □近所 □他院からの紹介  
 □その他 □スキャン □確認