初めて受診される方へ

今後の診察に必要ですので、わかる範囲でお答えください。

お名前（ふりがな）：　　（ 男 ・ 女 ）

生年月日：　　年　　月　　日（　　歳　　ヵ月）

住所 ： 〒　　TEL　　－　　－

携帯　　－　　－

出生時の体重：　　g　在胎週数：　　週　現在の体重：　　kg

A. 生まれたときに、何か心配なことがありましたか？
　ない ・ ある（　　）

B. 家族状況　きょうだい（　　）人のうち、第（　　）子

C. 発育や発達のことで気になることがありますか？
　ない ・ ある（　　）

D. 現在の就園・就学状況（園・校名を入れてください）　家庭保育　（　　保育園）
（　　幼稚園）（　　小学校）（　　中学校）（　　高校）

E. 今までに受けた予防接種の回数を書いてください。
　ヒブ（　　回）　肺炎球菌（　　回）　ロタ（　　回）　B 型肝炎（　　回）
　四種混合ワクチン（　　回）　BCG（　　回）　MR（麻疹・風疹混合）（　　回）
　おたふくかぜ（　　回）　みずぼうそう（　　回）　日本脳炎（　　回）

F. 今までにかかった病気には〇、現在も継続している病気には◎をつけてください。
　喘息（　　）アトピー性皮膚炎（　　）アレルギー性鼻炎（　　）中耳炎（　　）
　熱性けいれん（　　）　熱のないけいれん（　　）　その他（　　）

G. 入院したことはありますか？（病名　　年齢　　入院先　　）

H. 今、飲んでいる薬がありますか？（ ない ・ ある ）
　あれば：病名は？（　　）薬の名前は？（　　）
　　投薬先の病院は？（　　）

I.薬のアレルギーは？ ない ・ ある （薬の名前：　　）

J. 当院をどのようにして知られましたか？
　①家族が来ている ②知人の紹介 ③ホームページ ④グーグルなどの口コミ
　⑤雑誌の記事 ⑥その他（　　）

K. 本日はどのようにして来られましたか？
　①自家用車（ 母 ・ 父 ） ②タクシー ③徒歩 ④自転車 ⑤その他（　　）

L. その他に気になることがありましたらご記入下さい
（
）