

はじめて受診される方へ

記入日 年 月 日

フリガナ お名前		男 女	生年月日 年 月 日	体重 Kg	体温 ℃
ご住所 〒			お電話	園・学校名	
				年 組	

1.いつからどのような症状がありますか？

()

2.今までに受けたワクチンに印をして下さい。

- ・ヒブ(1・2・3・追加) ・肺炎球菌(1・2・3・追加)・ B型肝炎(1・2・3)
- ・四種混合(1・2・3・追加) ・BCG ・ロタリックス(1・2)
- ・ロタテック(1・2・3・追加) ・麻疹風疹混合(MR)(1・2) ・水痘(1・2)
- ・おたふくかぜ(1・2) ・日本脳炎(1・2・追加・Ⅱ期) ・DT
- ・生ポリオ(1・2) ・不活化ポリオ(1・2・3・追加) ・三種混合(1・2・3・追加)

3.今までにかかった病気に印をして下さい。

突発疹 麻疹 風疹 水痘 おたふく 喘息 アトピー 熱性けいれん てんかん
その他()

4.入院されたことはありますか？

いいえ はい(歳 病名:)

5.現在飲んでいる薬はありますか？

()

6.出産時の事で伝えておきたい事は何かありますか？

()

出生時体重(g) (週)

7.兄弟構成について教えてください。

1. _____歳(男・女) 2. _____歳(男・女) 3. _____歳(男・女) 4. _____歳(男・女)

8.アレルギーはありますか？

無 ・ 有
有りの場合 食品()
薬品()
その他()

9.ご家族のご病気についてあてはまるものがあれば印をして下さい。

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

10.その他ご心配なことがあればお書きください。

()

※記載された内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきます。

たるさかこどもクリニック