

【初診の方はお手数ですが、以下の項目にお答えください。】

カナ

氏名 _____ (男・女) (第 子) 生年月日 昭和・平成 年 月 日

〒 _____

住所 _____

電話番号 (自宅) () - _____ 電話番号 (携帯) () - _____

1. 本日はどのような症状で、受診または相談に来院されましたか？

2. 他の医療機関を受診されておられましたら、診断・治療内容・病院名等をお聞かせください。

3. 以下の項目にお答えください。

* 薬・食物などで何かアレルギーがありますか？

無・有 (_____)

* すでにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹・みずぼうそう・麻疹・風疹・おたふくかぜ・クループ・ぜんそく
アトピー性皮膚炎・その他 (_____)

* 今までにひきつけを起こしたことがありますか？ 有・無 (いつ頃： _____)

* 今まで解熱剤を使用したことがありますか？ 有・無

* お薬の形状でご希望はありますか？ 粉・シロップ・錠剤

4. 母子手帳を参考に、以下の項目にお答えください。

* 分娩経過：頭位・骨盤位・その他 (_____)

* 出生時の状態：在胎週数 () 週 () 日、体重 () g
身長 () cm、頭囲 () cm、

* 出生時の異常： 有・無 (_____)

* ワクチンで済んでいるものに○をしてください。

ロタワクチン (回)、ヒブ (回)、肺炎球菌 (回)、三・四種混合 (回)
ポリオ (回)、BCG、MR (回)、水痘 (回)、おたふくかぜ (回)
日本脳炎 (回)、B型肝炎 (回)

5. 当院を受診されたきっかけについて、該当するものに○をしてください。

新聞あるいはリビング・電話帳・インターネット (サイト名： _____)

お知り合いの紹介 (差し支えなければお名前を教えてください： _____)

看板・電柱広告・その他 (_____)