

【お手数ですが、以下の項目にお答えください】

フリガナ

氏名 _____ (男・女) (第 子) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒
住所 _____

連絡先 (携帯) (_____) - _____ 連絡先 : (_____) - _____

●本日はどのような症状で来院されましたか。

●他の医療機関を受診されておられたら、病院名・治療やお薬の内容等をお聞かせください。

●以下の項目についてお答えください。

*薬・食物などのアレルギーがありますか。または具合が悪くなったことはありますか。

無・有 (_____)

*既にかかったことのある病気に○をつけてください。

突発性発疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・クループ・ぜんそく・アトピー性皮膚炎

川崎病・麻疹・風疹・その他 (_____)

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

*今までに解熱剤を使用したことはありますか。 無・有 (処方薬は坐薬・内服薬がよい)

*お薬の形状でご希望はありますか。 粉薬・シロップ・錠剤

●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 (_____) 特記事項 (_____)

*出生の状態 在胎週数：(_____ 週 _____ 日) 出生時の異常：無・有 (_____)

身長： _____ cm 体重： _____ g 頭囲： _____ cm

*接種済ワクチンについて

4種混合 (_____ 回) ヒブ (_____ 回) 肺炎球菌 (_____ 回) B型肝炎 (_____ 回) ロタ (_____ 回)

BCG・MR (_____ 回) 水痘 (_____ 回) おたふく (_____ 回) 日本脳炎 (_____ 回)

●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。

インターネット (サイト名: _____) 看板・電柱広告・情報誌 (_____)

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: _____)

家が近い・その他 (_____)