

|                                                                                                                              |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                 |             |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------|
| No.                                                                                                                          |                                                                                                                               | * 診察に必要な大切な情報です。<br>なるべく詳しく、空欄のないようにご記入をお願いします。                        |                                                                 | 受付時間<br>:   | 担当                                        |
| ふりがな                                                                                                                         |                                                                                                                               | 男 ・ 女                                                                  | 身長<br>cm                                                        | 現在の体重<br>kg |                                           |
| 氏 名                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                 |             |                                           |
| 生年月日                                                                                                                         | H ・ S                      年                      月                      日生 (                      才                      ケ月) |                                                                        |                                                                 |             |                                           |
| ふりがな                                                                                                                         |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                 |             |                                           |
| 住 所                                                                                                                          | 〒                      -                      -                                                                               |                                                                        |                                                                 |             |                                           |
| 電話番号                                                                                                                         | (登録用)                                                                                                                         | ※必ず2ヶ所以上ご記入ください<br>-                      -                      (父・母) |                                                                 |             |                                           |
|                                                                                                                              |                                                                                                                               | -                      -                      (父・母・実家)                 |                                                                 |             |                                           |
| ※お子様の場合<br>主にお世話をされているのはどなたですか？                                                                                              |                                                                                                                               |                                                                        | 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父                      他 (                      ) |             | 記入者<br>母 ・ 父 ・ 他 (                      ) |
| 現在、保育園に入園していますか？    はい ・ いいえ                      入園予定 (                      年                      月～)                     |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                 |             |                                           |
| 現在、通園（通学）しているのはどこですか？ (                      ) 園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高校                                                            |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                 |             |                                           |
| かかりつけ医はいますか？    いいえ ・ はい                      (                      ) 小児科                      (                      ) 耳鼻科 |                                                                                                                               |                                                                        |                                                                 |             |                                           |
| 当院での治療継続を希望されますか？    はい ・ いいえ                                                                                                |                                                                                                                               |                                                                        | 予防接種情報を希望されますか？    はい ・ いいえ                                     |             |                                           |

●現在他院で治療されていますか？

                    いいえ                      はい (病名                      治療内容                      )

●現在飲んでいる(使用している)お薬はありますか？                      無                      有                      ※お薬手帳を一緒に出してください。

●薬や食物のアレルギーはありませんか？                      無                      有 (                      )

●生まれつきの異常・発達の遅れはありませんか？                      無                      有 (                      )

出生時の体重 (                      g )                      妊娠期間                      (                      週)

生まれた病院は？                      (                      )

乳児期の栄養法は？                      母乳                      混合                      ミルク (                      )

●今までに特別な病気はありませんか？                      無                      有 (                      )

●今までに罹ったことがありますか？

突発性発疹                      みずぼうそう                      おたふくかぜ                      はしか(麻疹)                      風 疹                      喘 息

ひきつけ (いつ                      何回                      )                      アレルギー (                      )

その他 (                      )

●済んでいる予防接種は？    ※母子手帳にてご確認ください

ヒブ(1、2、3、追加)    肺炎球菌(1、2、3、追加)    BCG    ロタウイルス(1、2、3)    B型肝炎(1、2、3)

四種混合DPT-IPV(1、2、3、追加)    三種混合DPT(1、2、3、追加)    不活化ポリオ(1、2、3、追加)    生ポリオ(1、2)

麻疹風疹MR(1期、2期)    麻疹    風疹    日本脳炎(1、2、追加、2期)    二種混合DT    子宮頸がん(1、2、3)

水ぼうそう(1、2)    おたふくかぜ(1、2)    インフルエンザ(1、2)    健診 (3～4ヶ月、7～8ヶ月、9～11ヶ月)

●家族構成は？    ●アレルギー・喫煙の有無                      本人と    兄弟                      アレルギー                      当院受診

父 (                      ) 才・アレルギー (                      )                      (                      才) (                      )    有・無

喫 煙 (                      )                      (                      才) (                      )    有・無

母 (                      ) 才・アレルギー (                      )                      (                      才) (                      )    有・無

喫 煙 (                      )                      (                      才) (                      )    有・無

●どのようにしてこの病院を知りましたか？

タウンページ                      看板                      近所                      当番医案内                      インターネット                      広告・雑誌 (                      )

通りがかり (建物を見て)                      家族のかかりつけ                      紹介 (                      )

※ご記入いただいた内容は当クリニックにおいて使用するものであり、それ以外で使用することはございません。