

はじめて受診される方へ

(おわかりになる範囲で結構です)

記入年月日： 年 月 日

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
お名前		生年月日	年 月 日 歳 か月
住所	〒		
電話	- -	携帯電話	- -

妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
分娩	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 ()					
在胎週数	週	日	出生体重	g	出生身長	cm
出生時の異常 (仮死、黄疸など)	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
栄養	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合					
発達の異常	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					

●今までに接種した予防接種について、をつけてください。

- B型肝炎 () 回 ロタウイルス () 回 ヒブ () 回
 肺炎球菌 () 回 4 (3) 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 2 種混合 子宮頸がん () 回

●今までにかかったことのある病気はありますか？をつけてください。

- けいれん (ひきつけ) 川崎病 麻疹 (はしか) 水痘 (みずぼうそう)
 突発性発疹 溶連菌感染症 入院 (病名：)

●継続して治療されているご病気はありますか？

- あり (病名：) なし

●食べ物や薬のアレルギーはありますか？

- あり () なし

●ご家族についてお答えください。をつけてください。

- 父 () 歳 健康 病気 ()
 母 () 歳 健康 病気 ()
 兄弟 (男・女) () 歳 健康 病気 ()
 (男・女) () 歳 健康 病気 ()

●アンケートにご協力ください

当院を何でお知りになりましたか？ をつけてください。

- 内覧会 看板を見た 家が近い 紹介 (友人・他院) 家族・兄弟が来院している
 ホームページ 郵便広告 電柱広告 その他 ()

来院方法は何か？ をつけてください。

- 徒歩 自転車 自家用車 電車 バス タクシー