

ふりがな

お名前 _____ (男・女)

生年月日 西暦 年 月 日 (歳 ヶ月)

〒 _____

自宅住所

電話番号 ()

通園・通学先 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校

現在の 身長 cm 体重 kg 体温 °C

※本日はどうされましたか？症状を簡単にお書き下さい。

[_____]

お父さまのご職業

お母さまのご職業

お子様の人数 人 (このお子さまは 番目)

妊娠中の異常 なし ・ あり ()

出産 第 週 正常 ・ 帝王切開 ・ その他 ()

出生時の身長体重 身長 cm ・ 体重 g

※今までに終わっている予防接種に○を付けてください。

- BCG ●水ぼうそう (1回 ・ 2回終了) ●おたふくかぜ (1回 ・ 2回終了)
- DPT-IPV (四種混合) (接種途中 ・ 追加まで終了)
- 日本脳炎 (初回途中 ・ 初回追加まで終了 ・ 2期まで終了)
- MR【麻しん風しん混合】 (第1期 ・ 第2期まで終了)
- ヒブ (接種途中 ・ 規定回数終了) ●プレバナー【肺炎球菌】 (接種途中 ・ 規定回数終了)
- ロタ (接種途中 ・ 規定回数終了) ●B型肝炎 (接種途中 ・ 規定回数終了)

※薬・注射などのアレルギー ない ・ ある (薬名) ・ わからない

※食物アレルギー ない ・ ある () ・ わからない

※熱性けいれん ない ・ ある (いつ頃ですか)

※ご家族の中に喘息、アトピー、アレルギー (鼻炎・花粉症等) をお持ちの方はいますか
 いいえ ・ はい ()

※他院に通院中ですか していない ・ 通院中 (病院 科)

※現在服薬中の薬はありますか ない ・ ある ()

※当クリニックをお知りになった理由をお教えてください

通りがかり ・ 家族が通院中 ・ 知人の紹介 ・ ホームページ (PC ・ 携帯) ・ 駅広告