

初診時間診票

お名前 _____ 体重 _____ kg 身長 _____ cm

保育園・幼稚園・学校名 _____

お子さんは _____ 人中 _____ 番目 妊娠期間 _____ 週 _____ 日 出生時体重 _____ kg

・今までにかかった事のある病気

突発性発疹・RSウイルス感染症・溶連菌感染症・水痘・おたふく・熱性けいれん
その他 ()

入院歴 なし・あり ()

手術歴 なし・あり ()

遺伝性や特別な病気の家族歴 なし・あり ()

・接種した予防接種

ヒブ・肺炎球菌・四種混合・B型肝炎・BCG・ロタウイルス・MR(麻疹・風疹)
水痘・おたふく・日本脳炎・二種混合・三種混合・不活化ポリオ・生ポリオ
子宮頸がん・髄膜炎菌

・現在内服中の薬 なし・あり ()

薬の副作用 なし・あり ()

・アレルギーの病気 なし・あり (喘息・アトピー・アレルギー性鼻炎(花粉症))

食物アレルギー (卵・牛乳・小麦・大豆・魚卵・エビ・カニ・そば・ピーナッツ
その他 ())

・当院をどのようにして知りましたか

知人から・兄弟通院・駅看板・電柱・バス広告・ホームページ・近所・チラシ
その他

・本日来院した交通手段

徒歩・車・バス・自転車

・特記事項 (御自由にお書きください)