

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 (_____)

●接種済みの予防接種

・肺炎球菌 ・五種混合 ・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 ・子宮頸がん

●現在内服中のお薬 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・結膜炎(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 ・看板 ・ 電柱 ・ ホームページ ・ 近所

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(ご自由にお書きください)