はじめて受診される方へ

ご住所	〒		
ふりがな			男 ・ 女
お名前			
お電話番号	（　　）　　ー ー　　ー	生年月日	S・H　　年　　月　　日生

※上記個人情報は医療提供の範囲内で利用させて頂きます。

＊妊娠中の異常　　なし ・ あり （　　）
＊分娩時の異常　　なし ・ あり （　　）
＊出生体重　　g（在胎　　週　　日）
＊新生児の異常　　なし ・ あり （　　）
＊乳児期の栄養　　母乳 ・ ミルク ・ 混合

＊今までにかかった病気　　麻疹 ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 百日咳 ・ 突発性発疹症
熱性けいれん（　　回）（1回目は　　歳のとき：最後は　　年　　月のとき
その他（　　）

＊今までに済んだ予防接種　BCG ・ 四種混合 ・ 三種混合 ・ ポリオ ・ 麻疹風疹混合
麻疹 ・ 風疹 ・ 日本脳炎 ・ 水ぼうそう・ おたふくかぜ
ヒブ（Hib） ・ 肺炎球菌 ・ ロタウイルス ・ B型肝炎 ・ 子宮頸がん
その他（　　）

＊今までに薬や食べ物でアレルギー症状が出たことは
薬 ･･･ なし ・ ある（　　）
食べ物 ･･･ なし ・ ある（　　）

＊飲めるお薬は　　水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル

＊ご家族について
父　　歳　健康 ・ 病気（　　）
母　　歳　健康 ・ 病気（　　）
兄・弟　　歳　健康 ・ 病気（　　）
姉・妹　　歳　健康 ・ 病気（　　）

＊どのように当院をお知りになりましたか
近くだから ・ 通りがかりに知った ・ 知人に紹介された ・ ホームページをみた
看板をみた ・ その他（　　）

いわせこどもクリニック