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・R　年　月　日生

＊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
（手術を要する病気 等）　熱性けいれん（　　回）（1回目は　　歳のとき：最後は　　年　　月のとき
尿路感染症 ・ 心室中隔欠損 ・ 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（MR）
日本脳炎 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 二種混合（DT）
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（　　） ・ まだ予防接種をしたことがない

＊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（ 原因となったもの症状等　　）

食べ物　・・・ なし ・ ある（ 原因となったもの症状等　　）

＊飲めるお薬は　水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル ・ まだ薬を服用したことがない
＊ご家族について

父　　歳　健康 ・ 病気（　　）
母　　歳　健康 ・ 病気（　　）
兄　　歳　健康 ・ 病気（　　）
弟　　歳　健康 ・ 病気（　　）
姉　　歳　健康 ・ 病気（　　）
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・知人の紹介・ホームページ・看板・園医／校医・（他　　）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1：4点　加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）
いわせこどもクリニック