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 （母） ー ー （父）	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（手術を要する病気 等）　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
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 ・ 五種混合 ・ 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。

いわせこどもクリニック