

はじめて来院された方へ 記載にご協力下さい。

平成 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平 年 月 日生		
お名前	様		被保険者との続柄		
ご住所	〒 -		お電話	( )	

① いつから、どのような症状がありますか？（例： 1週間前から咳がある。今朝から熱がある。など）

[体重 kg]

[身長 cm]

[体温 °C]

② 今までに受けた予防接種に○をして下さい。

BCG、ポリオ(1回 2回)、三種混合(I期1回 2回 3回 追加 II期)、麻疹風疹混合(1回 2回)

二種混合、おたふくかぜ、みずぼうそう、日本脳炎(1期1回 2回 追加 2期)、ヒブワクチン( 回)

小児用肺炎球菌ワクチン( 回)、麻疹、風疹、その他

③ 今までにかかったことのある病気に○をして下さい。

熱性けいれん( 回)、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、食物アレルギー

その他

④ 現在服用中のお薬はありますか？ 薬品名

⑤ 今までにくすり副作用はありましたか？ 薬品名 その症状

⑥ 当院を知ったきっかけに○をして下さい。近所、インターネット、新聞広告、電柱広告、知り合いご紹介、その他

スタッフ記入欄 熱( )咳( )鼻汁( )嘔吐( )下痢( )食欲( )痛み( )元気( )