

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	— — (母)	生年月日	S・H・R 年 月 日生
	— — (父)		

- *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 ・ 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 (原因となったものの症状等)
食べ物 …… なし ・ ある (原因となったものの症状等)

- *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 ・ 園児/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。

◆医療情報取得加算(初診時/再診時) 1点