

# はじめて受診される方へ

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ 氏名	.....	男・女	生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
住所	〒 _____ 郵便番号を記入してください		
電話番号	_____ - _____	緊急 連絡先	_____ - _____
集団生活	未 ・ ( _____ ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校		
家族	父 _____ 歳、母 _____ 歳、兄弟 ( _____ ) 人、この子は _____ 番目 同居されている方で、タバコを吸われる方はいますか？ はい ・ いいえ		
家族の病気 (○印)	高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・スギ花粉症などのアレルギー・けいれん その他 ( _____ )		
出産	分娩時異常 なし・あり 出生時体重 ( _____ ) g		
発達・発育	異常なし・気になる点がある ( _____ )		
予防接種 <small>完了したものに ○を付けて下さい</small>	四種混合・ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・ロタ 麻疹風疹・水痘・日本脳炎・おたふくかぜ・三種混合・ポリオ		
今までに かかった病気 <small>○を付けて下さい</small>	突発性発疹 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ 気管支喘息 ・ けいれん その他 ( _____ ) 入院したことがある ( _____ )		
アレルギー	薬・食物 ( _____ )		