

# 【初診の方はお手数ですが、以下の項目にお答えください。】

カナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) (第 子) 生年月日 昭和・平成 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) ( ) - \_\_\_\_\_ 電話番号 (携帯) ( ) - \_\_\_\_\_

1. 本日はどのような症状で、受診または相談に来院されましたか？

2. 他の医療機関を受診されておられましたら、診断・治療内容・病院名等をお聞かせください。

3. 以下の項目にお答えください。

\* 薬・食物などで何かアレルギーがありますか？

無・有 ( \_\_\_\_\_ )

\* すでにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹・みずぼうそう・麻疹・風疹・おたふくかぜ・クループ・ぜんそく  
アトピー性皮膚炎・その他 ( \_\_\_\_\_ )

\* 今までにひきつけを起こしたことがありますか？ 有・無 (いつ頃： \_\_\_\_\_)

\* 今まで解熱剤を使用したことがありますか？ 有・無

\* お薬の形状でご希望はありますか？ 粉・シロップ・錠剤

4. 母子手帳を参考に、以下の項目にお答えください。

\* 分娩経過：頭位・骨盤位・その他 ( \_\_\_\_\_ )

\* 出生時の状態：在胎週数 ( ) 週 ( ) 日、体重 ( ) g  
身長 ( ) cm、頭囲 ( ) cm、

\* 出生時の異常： 有・無 ( \_\_\_\_\_ )

\* ワクチンで済んでいるものに○をしてください。

ロタワクチン ( 回)、ヒブ ( 回)、肺炎球菌 ( 回)、三・四種混合 ( 回)  
ポリオ ( 回)、BCG、MR ( 回)、水痘 ( 回)、おたふくかぜ ( 回)  
日本脳炎 ( 回)、B型肝炎 ( 回)

5. 当院を受診されたきっかけについて、該当するものに○をしてください。

新聞あるいはリビング・電話帳・インターネット (サイト名： \_\_\_\_\_)

お知り合いの紹介 (差し支えなければお名前を教えてください： \_\_\_\_\_)

看板・電柱広告・その他 ( \_\_\_\_\_ )