



はじめて来院された方へ

ふりがな		男・女	生年月日	
お名前	様		昭・平・令	年 月 日生
			被保険者との続柄	
ご住所	〒	電 話	自宅 ()	
			携帯 ()	

朝の熱()度、来院時 ()度

- ① 今日はどうなことでいらっしゃいましたか？(○をつけてください)
発熱、鼻汁、せき、下痢、嘔吐、頭痛、発疹、喉が痛い
予防接種、検診、アレルギー外来
- ② 出生時の様子 ()g ()週 NICU 入院歴(有・無)
- ③ 今までに病気、入院したことはありますか？()
- ④ 今までに受けた予防接種はありますか？
BCG、ポリオ(1,2,3 回,追加)、三種混合(1,2,3 回,追加)、四種混合(1,2,3 回,追加)、B 型肝炎(1,2,3 回)、ロタウィルス(1,2,3 回)、小児肺炎球菌(1,2,3 回,追加)、
ヒブ(1,2,3 回,追加)、MR(麻疹、風疹) (1,2 回)、日本脳炎(1,2 回,追加、2 期)、
水ぼうそう(1,2 回)、おたふく(1,2 回)、ヒトパピローマウィルス(1,2,3 回)
- ⑤ アレルギーがありますか？食べ物、薬、塗り薬、動物 など ()
- ⑥ 当院を知ったきっかけは何ですか？
ネット検索(ホームページ、その他のサイト ())、知人の紹介、看板、
新聞の折り込み、チラシ、通りすがり、その他()
- ⑦ 来院方法は何ですか？ 徒歩、自転車、自家用車、バス、電車、タクシー
- ⑧ ご要望があればなんでもどうぞ
()