

# 初めて みともし子どもクリニック を受診される方にお尋ねします

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

兄弟・姉妹 はいらっしゃいますか？ ( いる ・ いない )

「 いる 」 と答えられた方 \_\_\_\_\_人 兄弟・姉妹の \_\_\_\_\_番目

通園・通学している方は 園名・校名をご記入ください \_\_\_\_\_

## 生まれた時のことについて

生まれた時の体重 \_\_\_\_\_g 在胎週数 \_\_\_\_\_週 \_\_\_\_\_日

新生児期の異常 ( なし ・ あり )

「あり」 の方は 具体的にご記入ください \_\_\_\_\_

## 現在の状態について

現在治療中の病気はありますか ( なし ・ あり 病名 \_\_\_\_\_ )

現在使っている飲み薬・塗り薬などはありますか ( なし ・ あり )

薬品名 \_\_\_\_\_

アレルギーはありますか ( なし ・ あり )

「あり」 とお答えの方 薬品 \_\_\_\_\_

食べ物 卵・牛乳・その他 \_\_\_\_\_

## 今までにかかった病気について

(かかったことのある病気に○をつけてください)

突発性発疹 みずぼうそう おたふくかぜ はしか 風疹 (三日ばしか)

川崎病 その他 \_\_\_\_\_

けいれんを起こしたことはありますか？ ( なし ・ あり 今までに \_\_\_\_\_回くらい )

けいれんを起こしたことがある方はそのとき 発熱 ( あった ・ なかった )

## 予防接種について

(今までに受けた予防接種に○をつけてください)

BCG ヒブ プレベナー (肺炎球菌) 四種混合 三種混合 ポリオ

麻疹風疹 (MR) 日本脳炎 みずぼうそう おたふくかぜ B型肝炎 ロタ

インフルエンザ A型肝炎

よろしければ 本院を受診されたきっかけを教えてください

家が近所 ホームページを見て ちほ先生のころに通院していた 知人の紹介

その他 ( \_\_\_\_\_ )

みともし子どもクリニック