

初診時 登録票

記入日 月 日

当院では、初めて来院された患者様に今までの健康状態などをお聞きし、診療の参考にさせていただきます。お預かりした患者様の個人情報、当院の個人情報保護規定に基づいて管理致します。ご協力をお願い致します。

フリガナ

お名前 _____ 男・女 _____ 歳 ヶ月

S・H・R _____ 年 月 日生まれ 園名・校名 _____
〒 _____

ご住所 _____

電話番号 ① _____ (母の携帯・自宅) ② _____ (母の携帯・自宅)
父の携帯 父の携帯

◆出生情報 _____ 週 _____ 日で出生 出生体重 _____ g

※0歳児の方のみ 早産の方は出産予定日もお書きください。(月 日)
分娩時の異常 なし・あり ()

◆予防接種歴 接種が済んでいるものに○をつけてください

- ヒブ (1回・2回・3回・追加) ▪肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加)
- B型肝炎 (1回・2回・3回) ▪四種混合 (1回・2回・3回・追加)
- BCG
- MR 麻しん風しん (I期・II期) ▪水痘 (1回・2回) ▪おたふく (1回・2回)
- 日本脳炎 (I-1回・2回・追加・II期) ▪子宮頸がん
- 二種混合

◆今までに以下のような病気をしたことがありますか？

なし

あり →例：気管支ぜん息 アトピー性皮膚炎 熱性けいれん など

[_____]

また、上記の件で通院を続けていますか？

いいえ・はい

◆食物や薬などにアレルギーはありますか？

なし・あり ()