

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いております。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いたします。ご協力をお願いいたします。

フリガナ

お名前 _____ 男・女 第 子 _____ 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) _____ (母の携帯・自宅)
父の携帯 ② _____ 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)
- ・ロタ (1回・2回・3回) ・五種混合 (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 ()