

初診時間診票

ふりがな
お名前 _____ (男・女) _____ 歳 体重 _____ kg 身長 _____ cm

住所 〒 _____ 市 _____ 電話番号 (_____) _____

保育園・幼稚園・学校名 _____

・今までにかかった事のある病気

突発性発疹・溶連菌感染症・RSウイルス感染症・ヒトメタニューモウイルス感染症

水痘・おたふく・熱性けいれん・川崎病

その他(_____)

・入院歴 なし・あり (原因: _____)

・特別な病気の家族歴 なし・あり
(例、腎臓病、遺伝子疾患 _____)

・接種した予防接種

ヒブ・肺炎球菌・四種混合・B型肝炎・ロタウイルス・BCG・MR(麻疹・風疹)・水痘

おたふく・日本脳炎 二種混合・三種混合・不活化ポリオ・生ポリオ・子宮頸がん

髄膜炎菌

・現在内服中の薬 なし・あり (_____)

・アレルギー歴

なし・あり (喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症・鼻炎・結膜炎)

食物アレルギー なし・あり (_____)

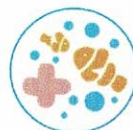
・当院をどのようにして知りましたか。(複数回答可)

兄弟通院・友人知人から・ホームページ・近所・電柱・バス広告

その他(_____)

・本日来院した交通手段

徒歩・車・バス・自転車・その他 (_____ 分)



ふじさわこどもクリニック

小児科 アレルギー科