

初めて受診された方へ

お分かりになる範囲内でご記入をよろしくお願いします。母子手帳の提出もお願いします。

		記入日	年	月	日
ふりがな	男	生年月日	西暦	年	月
お名前	女	年齢	歳	ヶ月	日
ご住所 〒 ()		電話番号 ()			
		携帯番号 ()			
		保護者名 ()			

<p>*出生・発育・発達について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出生時：() 週 () 日、体重 () g、身長 () cm ・出生時に入院して治療をした病気はありますか：なし・あり () ・健診で異常を指摘されたことはありますか：なし・あり ()
<p>*これまでにかった病気や入院歴はありますか。 また、現在、通院・治療中の病気がありましたらお知らせください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 90%; margin: 10px auto;"></div>
<p>*アレルギーがある方はお知らせください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食物アレルギー (食品名) ・薬物アレルギー (薬剤名) ・気管支喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎 ・その他 ()
<p>*ご家族で大きいご病気をされている方はいらっしゃいますか。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 90%; margin: 10px auto;"></div>
<p>*これまで受けたことのある予防接種に○をつけてください。</p> <p>ヒブ (1・2・3・4回) 肺炎球菌 (1・2・3・4回) B型肝炎 (1・2・3回)</p> <p>ロタウイルス (1・2・3回) 3種混合 (1・2・3・4回) 4種混合 (1・2・3・4回)</p> <p>経口ポリオ (1・2回) 不活化ポリオ (1・2・3・4回) BCG</p> <p>麻疹・風疹混合 (1・2回) 水痘 (1・2回) おたふくかぜ (1・2回) 日本脳炎 (1・2・3・4回)</p> <p>2種混合 (1回) 子宮頸がん (1・2・3回) その他 ()</p>
<p>*こちらの病院を受診されたきっかけを、差支えの無い範囲でお知らせください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1, ご本人・ご兄弟が河内小児科に通院していた (ご兄弟名：) 2, 前医からのご紹介 (病院名) 3, 知人のご紹介 (お名前) 4, ホームページ 5, その他 ()

ご協力大変ありがとうございました。

にじいろこどもクリニック

