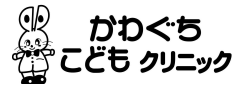


初診申込書



受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____ 性別（男・女）

住所（〒 _____ ）

Tel（ _____ ） _____ 携帯 _____

生年月日（昭和・平成） _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳 _____ か月）

出生体重 _____ g 在胎週数 _____ 週

出生時の異常 _____ なし・あり（未熟児、仮死、_____）

1. いつからどのような症状がありましたか。簡単に書いてください。

2. 今までにかかった病気を○で囲んでください。

突発性発疹、麻しん(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜ、
けいれん(ひきつけ)、喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、
その他（ _____ ）

3. 入院されたことはありますか。 _____ いいえ・はい（病名 _____ ）

4. 今までにうけた予防接種を○で囲んでください。

麻疹(_____ 回)、アタック(_____ 回)、Hib(_____ 回)、肺炎球菌(_____ 回)、四種混合DPT-IPV(_____ 回)、BCG
MR(1期・2期)、日本脳炎(1回・2回・追加・2期)、水ぼうそう(_____ 回)、おたふくかぜ(_____ 回)
二種混合DT、ポリオ(_____ 回)、三種混合DPT(_____ 回)、麻疹、風疹、その他(_____)

5. 薬について

- 1) 現在飲んでいる薬がありますか _____ いいえ・はい(_____)
- 2) 薬に対するアレルギーはありますか _____
- 本人 _____ ない・ある(_____)
- 家族 _____ ない・ある(_____)
- 3) 薬は何が飲めますか _____
- 水薬、粉薬、錠剤、飲んだことがない

6. ご家族について

- 1) 兄弟姉妹構成を年齢順に記入して下さい _____
- (本人は番号に○をつけてください)
1. 男・女(_____ 歳)
2. 男・女(_____ 歳)
3. 男・女(_____ 歳)
4. 男・女(_____ 歳)
- 2) ご家族で当院を受診されたことがある方はいますか _____
- いない・いる(兄、姉、弟、妹、父、母)
- 3) 同居者にタバコを吸う人はいますか _____
- いない・いる(父、母、祖父、祖母、 _____)
- ↓
- どこで喫煙されていますか _____
- (屋外、室内、換気扇の下、 _____)

7. 初めての方は何をご覧になって当院を知りましたか（当てはまる項目すべてに○をつけてください）

1. タウンページ(NTT電話帳広告) 2. インターネット検索 3. インターネット広告 4. 当院ホームページ
5. 街中の看板 6. 戸別配布の市街図広告 7. クチコミ、知人の紹介 8. その他(_____)