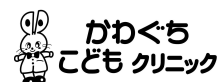


# 初診申込書



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 (平成・令和) 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。

B型肝炎( 回)、ポリックス( 回)、ポリテック( 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、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) 当院にご家族で受診された方はいますか  
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 ( )