

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 性別（男・女）

生年月日 平成・令和 年 月 日（ 歳 か月）

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL（ ） / 父・母・その他（ ）

通園（学）（ ） 保育園・幼稚園・小学校（ 年）・中学校（ 年）・高校（ 年）

●生まれた時の様子をお聞かせください

医療機関（ ） 在胎週数（ 週 日） 出生体重（ ）g

新生児期の病気 ・仮死 ・黄疸 ・その他（ ）

●今までにかかった病気についてお聞かせください

・気管支炎／肺炎 ・中耳炎 ・気管支喘息 ・尿路感染症 ・突発性発疹症 ・おたふく

・水痘 ・川崎病 ・熱性けいれん（ ）回 ・新型コロナウイルス感染症（日付： ）

・その他：基礎疾患などもあればお書きください（ ）

●入院の有無（あり・なし）

病名（ ） いつ頃（ ） どこに（ ）

●アレルギーの有無（あり・なし）

食べ物（ ） 薬（ ） その他（ ）

●現在使用している薬剤はありますか（はい・いいえ） 薬剤名（ ）

●当院を知ったきっかけを教えてください（複数回答可）

家族が通院中（お名前： ） ・知人の紹介 ・病院の紹介 ・当院のホームページ ・

ペリネイタルビジット（育児等保健指導） ・通りすがり ・その他（ ）