

初診時間診票

浜口キッズクリニック 

氏名	(フリガナ)		カルテ番号
性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (才 か月)
住所	〒□□□□-□□□□		
電話	自宅	携帯	(父・母)

記入日:令和__年__月__日

①今までに、指摘されたことのある病気をご記入下さい。

- 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー()
痙攣() 心臓病() 腎臓病()
その他()

②薬や食べ物のアレルギーがある方はご記入下さい。

()

③今までに、1回でも受けたことのある予防接種に ✓印 をして下さい。

- ヒブ 肺炎球菌 4または3種混合 ポリオ BCG
ロタ 日本脳炎 MR(麻疹風疹) 水痘 おたふく
B型肝炎 子宮頸がん その他()

④ご家族に下記の病気の方がおられましたら、記入して下さい。

- 喘息() アトピー性皮膚炎() アレルギー()
痙攣() 心臓病() 腎臓病() その他()

⑤発達・発育について以下の欄もご記入下さい。

- ア) 妊娠中・出産時何か気になることはありましたか？
ない・ある()
出生時の体重(g) 出生時の週数(週)
イ) 発達発育について何か気になることはありますか？
ない・ある()

⑥幼稚園・保育園の通園歴と兄弟姉妹の年齢を記入して下さい。

通園歴: なし・あり(才から)
兄(才) 姉(才) 弟(才) 妹(才)

⑦当クリニックを何でお知りになりましたか？

- 知人・友人より 病院の医師より 保健所の健診で 電話帳で
インターネットの検索やホームページで その他()