

初 診 申 込 書

お名前（フリガナ） 男・女	年齢 歳 月	身長 cm	体重 kg	体温 ℃
生年月日 昭和・平成 ____年 ____月 ____日				

住所 〒 _____

連絡先（自宅） _____（携帯） 父・母 _____

本日はどうされましたか？

症 状	いつから

◆現在治療中の病気はありますか？ 無 有（ _____ ）
 ・治療中の方は現在飲んでいる薬を教えてください。 無 有（ _____ ）

◆今までに大きな病気、入院をされたことがありますか？

無
有 病名（ _____ ）
 発症年月日（ _____ ）

◆予防接種を受けたものにチェック入れてください。

タ B型肝炎 ヒブ 肺炎球菌
四種混合 MR 水痘 日本脳炎
おたふくかぜ BCG インフルエンザ

◆特異体質（アレルギー等）はありませんか？

無
有
 いつごろからですか（ _____ ）
 症状はなにですか（ _____ ）

◆お薬で希望されるものがありますか？

水薬 粉薬 錠剤 カプセル

◆本人及び親族の方に以下の病気の方がおられますか？それは誰ですか？

■アトピー性皮膚炎： 本人・（ _____ ） ■喘息： 本人・（ _____ ） ■アレルギー性鼻炎： 本人・（ _____ ）
 ■結核： 本人・（ _____ ） ■腎臓病： 本人・（ _____ ） ■心臓病： 本人・（ _____ ）
 ■肝臓病： 本人・（ _____ ） ■その他（ _____ ）： 本人・（ _____ ）

◆以下の病気にかかりましたか？

・突発性発疹（ _____ 歳） ・はしか（ _____ 歳） ・尿路感染症（ _____ 歳）
 ・風疹（ _____ 歳） ・中耳炎（ _____ 歳） ・水ぼうそう（ _____ 歳）
 ・百日咳（ _____ 歳） ・おたふくかぜ（ _____ 歳）

◆健診は受けられましたか？何か指摘されましたか？

・1か月健診 済 未 ・3か月健診 済 未 ・後期健診（9か月～11か月） 済 未
 ・1歳半健診 済 未 ・3歳健診 済 未

指摘されたことがありましたらお書きください。

◆出産について教えてください。

・満期産 早い 日数（ _____ ）
 ・出生時体重（ _____ g）
 ・生まれてすぐに泣きましたか？ はい いいえ
 ・新生児の時に何か治療を受けましたか？（ _____ ）
 ・熱性けいれんはありますか？ なし ある

◆当クリニックを何でお知りになりましたか？

友人・知人 ホームページ スマホ EPARK チラシ KEISEI NEWS
その他（ _____ ）
 クリニック記入欄 _____