



初めて受診される方へ



年 月 日

フリガナ		性別	男 女
お名前		生年月日	S・H 年 月 日生 歳 ヶ月
住所	〒		
電話	- -	携帯電話	- -

分かる範囲で構いません。該当するものに☑、()内は○をお願いします。

★妊娠中～出生までについて

妊娠中の異常 なし あり (中毒症 切迫流産 その他)

分娩 なし あり (吸引 帝王切開 骨盤位 その他)

在胎週数 週 日 出生時体重 g

仮死 なし あり

新生児黄疸 なし あり

★今まで受けた予防接種について 接種済のものに✓をお願いします。

予防接種	1回目	2回目	3回目	4回目	予防接種	1回目	2回目
B型肝炎					BCG		
ヒブ					MR		
肺炎球菌					水痘		
4(3)種混合					おたふく		
ロタウィルス					DT		
日本脳炎					子宮頸がん		
ポリオ							

★今までかかったことのある病気について

突発性発疹 水ぼうそう おたふくかぜ 麻疹 風疹

喘息 百日咳 川崎病 アトピー性皮膚炎

薬物アレルギー() 食物アレルギー()

けいれん(ひきつけ) → 熱あり・熱なし その他()

手術(病名)

★家族について

家族	性別	年齢	病気やアレルギーなど
お父さん	男		
お母さん	女		
きょうだい	男・女		
	男・女		
	男・女		