

はじめて来院された方へ 記載にご協力下さい。

令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生		
お名前	様		被保険者との続柄		
ご住所	〒 -		お電話	( )	

① いつから、どのような症状がありますか？（例： 1週間前から咳がある。今朝から熱がある。など）

[体重 kg]

[身長 cm]

[本日の体温 °C]

② 今までに受けた予防接種に○をして下さい。

BCG、ポリオ(1・2)、三種混合(I期-1・2・3、追加)、麻疹風疹混合(1・2)、二種混合  
ヒブ( 回)、肺炎球菌( 回)、インフルエンザ( 回)、B型肝炎( 回)、おたふく(1・2)、みずぼうそう(1・2)  
日本脳炎(1期-1・2、追加、2期)、四種混合(I期-1・2・3、追加) その他

③ 今までにかかったことのある病気に○をして下さい。

熱性けいれん( 回)、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、食物アレルギー  
その他

④ 現在服用中のお薬はありますか？ 薬品名

⑤ 今までにくすり副作用はありましたか？ 薬品名 その症状

⑥ 当院を知ったきっかけに○をして下さい。近所、インターネット、新聞広告、電柱広告、知り合いご紹介、その他

スタッフ記入欄 熱( )咳( )鼻汁( )嘔吐( )下痢( )食欲( )痛み( )元気( )