

しょうにかじゆしん かた しょうしん  
小児科受診の方へ（初診）

へいせい 年 月 日  
平成 年 月 日

ふりがな 氏名 おとこ 男 ・ 女 おんな 年齢 さい 歳 げつ 月 せいねんがっぴ 生年月日 年 月 日

しんちよう 身長 : \_\_\_\_\_ cm たいじゆう 体重 : \_\_\_\_\_ kg たいおん 体温 : \_\_\_\_\_ °C ( \_\_\_\_\_ じこもそくてい 時頃測定)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

でんわばんごう 電話番号 (必要時、当院から連絡してよい番号をご記入ください) TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

せいかつ ば じたく ようちえん ほいくえん しょうがっこう ちゅうがっこう た 生活の場 : 自宅 ・ 幼稚園 ・ 保育園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

当院を知ったきっかけ : HP ・ インターネット, 近くで見かけて, 看板などの案内, 口コミや紹介, その他 ( \_\_\_\_\_ )

※診療予約システムのご利用をご希望の方はメールアドレスを記載してください。E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

1. いつ頃から、どのような症状がありますか？具体的に記入ください。  
( \_\_\_\_\_ )

2. お生まれになった時のことについておうかがいします。

- ・ 妊娠中の異常 : なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )
- ・ 在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 (予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) ・ 出生場所 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ 分娩 : 普通 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 入院期間 \_\_\_\_\_ 日
- ・ 出生体重 \_\_\_\_\_ g
- ・ 出生時の状態 : 良 ・ 不良
- ・ 出生時の処置 : なし ・ 保育器 ・ 光線療法 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ 乳幼児健診での異常の指摘 : なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

3. 今までにお子様がかかれた病気について記入ください。

- ・ 大きな病気、入院、手術の経験はありますか？

時期 : ( \_\_\_\_\_ )

病名 : ( \_\_\_\_\_ )

- ・ アレルギーはありますか？

食べ物の食べ物 ( \_\_\_\_\_ ) 薬 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

- ・ 下記の中にかかれたことのある病気がありますか？○をつけてください。

はしか	ふうしん 風疹	すいとう 水痘	おたふく	ひやくにちぜき 百日咳	ぜんそく	ひきつけ	その他 ( _____ )
さい 歳	さい 歳	さい 歳	さい 歳	さい 歳	さい 歳	さい 歳	さい 歳

うらめん きにゆう  
→裏面もご記入ください

・ 下記 予防接種 で 済んでいるものがあれば ○印 をつけてください。

BCG / ポリオ / 三種 混合 (DPT) 1回目, 2回目, 3回目, 追加 /

四種 混合 (DPT-IPV) 1回目, 2回目, 3回目, 追加 / MR / 水痘 / おたふく / はしか / Hib

4. 家族構成についておうかがいします。

名前	続柄	生年月日	年齢	職業	既往症・アレルギー	当院受診歴
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無

ありがとうございました。記載方法についてご質問がありましたら、受付にお尋ねください。

後ほど看護師よりお話をうかがわせていただきます。少々お待ちください。



北条クリニック はしもと  
小児科

〒252-0134 神奈川県相模原市緑区下九沢1779-1

TEL : 042-763-0075