

初めて受診する方は、お手数ですが以下の項目にお答え下さい。

ふりがな

お子様のお名前〔 〕 男 ・ 女

生年月日〔 平成・令和 年 月 日 〕
〒 ー

住所〔 〕

電話〔 〕 携帯電話〔 〕

何人目のお子さんですか？

〔 / 〕 (例： 2番目/3人中 ⇒ 2 / 3)

出生体重〔 g 〕 妊娠週数〔 週 〕

妊娠中の異常⇒なし・あり

ありの場合、具体的に()

分娩中の異常⇒なし・あり

ありの場合、具体的に()

これまでにかかった病気はありますか？○で囲んで下さい。

なし

気管支喘息⇒(最終発作日 年 月 日) 薬 ()

アトピー性皮膚炎⇒(内服薬 塗り薬)

中耳炎⇒(右 左)

はしか(麻疹) 風疹 おたふくかぜ 水ぼうそう

熱性けいれん⇒何回ですか？()

その他⇒()

入院歴 いつ(年 月 日)

病名 ()

病院名 ()

手術歴 いつ(年 月 日)

病名 ()

病院名 ()

ご協力ありがとうございました。

