

初めてご来院された方へ

年 月 日

ふりがな		男	生年月日	平成	年	月	日
お名前		女	年齢		才		ヶ月
住所	〒						
電話番号		携帯					
集団生活	□なし			□あり			
体温		度	体重		kg		

お生まれになった時のことについて教えてください

妊娠 週 g

生まれたとき、健診のときに何か指摘されたことはありますか？

いいえ はい

今まで大きな病気にかかったことはありますか？入院されたことはありますか？

いいえ

はい

内容：

アレルギーはありますか？食べ物やお薬で具合が悪くなったことはありますか？

いいえ

はい

食物：

薬：

その他：

本日はどうなさいましたか？

予防接種 健康診断 診察

どのような症状がありますか？

発熱 咳 鼻水 発疹 嘔吐 下痢

その他：

いつからですか？

他院で治療を受けていますか？

いいえ

はい

内容：

ご記入ありがとうございました。