



ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	年 月 日 ( ) 歳
住所	〒
電話番号	
所属	こども園・小学校・中学校

お分りの範囲でご記入ください。不明な点は空欄でかまいません。

(1) 生まれたときの状況

在胎 週 日、 出生体重 g

妊娠中や出生時に特に異常はみられませんでしたか？

なかった・あった ( )

(2) いままでかかったことがある病気や通院中の病気があれば教えてください。

( )

(3) いつも飲んでいるお薬がありますか？

なし・ある ( )

(4) 食べ物やお薬などにアレルギーがありますか？

なし・ある ( )

(5) 接種された予防接種に○をしてください。

定期接種	1回目	2回目	3回目	4回目
ヒブ				
肺炎球菌				
4 (3) 種混合				
MR (はしか風しん)			—	—
水痘 (水ぼうそう)			—	—
日本脳炎				
BCG	済			未

任意接種	1回目	2回目	3回目
おたふくかぜ			—
ロタウイルス			
B型肝炎			

(6) ご家族内で煙草を吸う方がいますか？

いない・いる (

)

(7) ご家族のことを教えてください (分かる範囲でけっこうです)。

	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		

(8) よろしければ当院を知ったきっかけを教えてください。

友人・知人から教えてもらった 家が近所 ホームページ 開院チラシ  
その他 ( )

(9) 自由記載欄です。何でもご自由にお書きください。