

初めて診察を受けられる方へ

(2015年1月版)

たちこどもクリニック

ふりがな

名前 _____ (男・女) (歳 か月)

生年月日 昭和・平成

住所 (四日市市)

連絡先 電話番号

携帯電話

① 今日は、どうされましたか？簡単な経過で結構です

② 今、飲んでいるお薬がありましたら、教えて下さい。

③ 出生時体重 (在胎週数 週 g) 現在の体重 約 g または kg

④ 接種済みの予防接種をお尋ねします。

四種混合 (回済み)

ヒブワクチン (回済み)

肺炎球菌ワクチン (回済み)

BCG (未 ・ 済み)

麻疹・風疹 (MR) ワクチン (回済み)

日本脳炎 (回済み)

水痘 (みずぼうそう) (回済み)

流行性耳下腺炎 (おたふく) (回済み)

ロタウイルスワクチン (回済み)

B型肝炎ウイルスワクチン (回済み)

三種混合 (回済み)

ポリオ (生・不活化) (回済み)、

⑤ 今までにかかったあるいは指摘された疾患をお教えてください。

麻疹 (はしか) 風疹 (三日はしか) 流行性耳下腺炎 (おたふく)

水痘 (みずぼうそう) 百日咳 肺炎 気管支喘息 アレルギー性疾患

その他 ()

個人情報保護法に基づき、上記情報管理に関し、十分留意しております。

予防接種・健診など予約診療の際に、当院のやむを得ない事情で変更をお願いする時などにのみ、上記連絡先にご連絡いたします。

院長