

桜新町こどもクリニック 患者登録票



桜新町こどもクリニック

ふりがな			
名前	男・女		
生年月日	昭和・平成	年 月 日	(歳 ヶ月)
住所			
電話番号		緊急連絡先 電話番号	

以下、わかる範囲でご記入ください。不明な項目、記入いただけない項目は空欄で構いません。

1 出生時の状況

在胎週数： 週 日 出生時体重： g 仮死の有無： あり ・ なし

2 既に接種された予防接種に○をつけてください

BCG ポリオ<1回目 ・ 2回目>
DPT (三種混合)<Ⅰ期1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加> DT (二種混合)
日本脳炎<Ⅰ期1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ Ⅱ期>
MR (麻疹・風疹)<Ⅰ期 ・ Ⅱ期 ・ Ⅲ期 ・ Ⅳ期>
ムンプス (流行性耳下腺炎・おたふくかぜ) 水痘 (みずぼうそう)
Hib<1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加>
肺炎球菌<1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加>
子宮頸がん<1回目 ・ 2回目 ・ 3回目>

3 今までにかかった病気・アレルギーで該当するものに○をつけてください

アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎
じんましん 食物アレルギー (食品名：)
ゴム (ラテックス) アレルギー アルコール綿で皮膚発赤
熱性けいれん その他 ()

4 その他の病気や入院歴・手術歴はありますか？

なし ・ あり ()

5 いつも飲んでいるお薬はありますか？

なし ・ あり ()

6 今までに注射や内服薬など薬の副作用がでたことはありますか？

なし ・ あり ()