



みうら小児科クリニック 初回受付票

ふりがな 氏名 () (男・女)
生年月日 年 月 日 (第 子)
現住所 〒 - 市・町・村
☎携帯 (- -) 母・父・他続柄 ()
自宅 (- -)

お分かりの範囲でご記入下さい。不明な点は空欄でかまいません。

(1) いままでかかったことがある病気に○をつけてください。

突発性発疹症・麻しん・水痘・風疹・おたふく風邪・伝染性紅斑
熱性けいれん・じんま疹・喘息性気管支炎・その他 ()

(2) 大きな病気や慢性的な病気で通院・治療中ですか？

いいえ・はい ()

(3) 食べ物やお薬などにアレルギーがありますか？

なし・ある ()

(4) よろしければ当院を受診したきっかけを教えてください。

友人・知人からの紹介 (お名前)

他院からの紹介 (病院名)

兄弟・姉妹が当院に通院している

家が近所・ホームページを見て・看板・旧みうら小児科から・その他

(5) 予防接種のスケジュールリングを希望されますか？ (はい いいえ)

※当院での予防接種を希望される方へ『計画作り』をお手伝いしています。

裏面のご記入もお願いします。