

# 新患受付用紙

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒 \_\_\_\_\_ 住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ 携帯電話番号： \_\_\_\_\_

## 1) 出生時の状況について教えてください。(2歳未満の方)

妊娠中に異常はありましたか？ いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

出生時体重( \_\_\_\_\_ g) 出生週数( \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日)

どのように産まれましたか？ 正常分娩・吸引分娩・帝王切開(理由 \_\_\_\_\_ )

産科入院中に何か異常はありましたか？ いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

## 2) これまで受けた予防接種を確認したいので母子手帳の提出をお願いします。

母子手帳をお持ちでない方にお聞きします。

定期予防接種は忘れずに接種していますか？ (はい・いいえ・わからない)

「いいえ」の方にお聞きします。接種していない定期予防接種は何ですか

( \_\_\_\_\_ )

## 3) 現在通院中の生まれつきの病気・慢性疾患はありますか？ いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

## 4) 今までにかかったことがある病気に○をつけてください。

麻疹(はしか)、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、百日咳、中耳炎、肺炎、溶連菌感染症、川崎病、喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、じんま疹、けいれん(熱あり)、けいれん(熱なし)、心臓病、肝炎、腎炎、その他( \_\_\_\_\_ )

## 4) 入院歴はありますか？ いいえ・はい(病名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)

## 5) ご本人以外のご家族の中に、次のような病気にかかった方、かかっている方はいますか？

気管支喘息 \_\_\_\_\_ いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

アトピー性皮膚炎 \_\_\_\_\_ いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

花粉症・アレルギー性鼻炎 \_\_\_\_\_ いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

ひきつけ、けいれん \_\_\_\_\_ いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

腎臓病 \_\_\_\_\_ いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

遺伝性疾患 \_\_\_\_\_ いない・いる(誰が \_\_\_\_\_ )

その他( \_\_\_\_\_ )

## 6) 同居家族の方でタバコを吸う方はいますか？ いない・いる(誰が？ \_\_\_\_\_ )

\*アンケートのご記入をお願いします。

当クリニックはどこでお知りになりましたか？ 当てはまるものにシ点を付けてください。

通り道・近所  看板  兄弟が受診している  知人の紹介  チラシ  電話帳広告

インターネット・検索サイト( \_\_\_\_\_ )  その他( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。

すこやかこどもクリニック 院長