

新患受付票（子供用）小学生以下

年 月 日記入

ふりがな お名前	男・女
生年月日：平・令・西暦 年 月 日（才 か月）	
現住所：	
自宅電話：	携帯電話：
当院に受診したことのあるご家族名	

症状（いつから・どんな症状か）：

★生まれた時の体重： _____ g

★生まれつきの異常

ない ある()

★今までにかかった病気

ない ある()

★現在他院で治療中・通院中の病気はありますか

ない ある()

★薬や食品などでアレルギーをおこしたことはありますか

ない ある()

★今まで受けた予防接種

BCG 四種混合 五種混合 麻疹風疹混合 ロタ B型肝炎 Hib 肺炎球菌
日本脳炎 水痘 おたふくかぜ 子宮頸癌ワクチン ポリオ 三種混合

現在の体重： _____ k.g

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。