

新患登録用紙



はじめて受診される患者さまへ

本日、お持ちの保険証は、転職等で変更手続き中ですか？ いいえ ・ はい

★注意：現在手続き中の方は新しい保険証が届くまで、お手元の保険証は使えません。

★注意：事前に保険証変更の申告なく利用停止の保険証で受診された場合は後日、自費請求させていただきます。

ふりがな 名前		生年月日 年 月 日
住所	〒 _____	電話番号 自宅： 携帯：
生活状況	未就園・保育園・幼稚園・小学校・中学校 (*宜しければ園・学校名をご記載下さい。)	
家族構成	父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母・()	
発育状況	出生時体重：_____g (週数：妊娠_____週) 出生時のことで伝えておきたいこと、また発育状況で伝えておきたいこと、 気になること、心配なことなどがありましたらご記入下さい。 ()	
今までにかかった病気	突発性発疹・水ぼうそう・おたふく・麻疹・風疹・百日咳・RSウイルス 川崎病・喘息・肺炎・アトピー性皮膚炎・先天性心疾患・その他 () けいれん (熱性・無熱性) 最後のけいれんはいつ頃 () 抗けいれん薬の使用：無・有 (薬品名)	
アレルギー	無・有 [食品 () 薬 () その他 ()	