

WBC(ウェルベビークリニック)受診の方へ(初診)

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

1. 今までにお子様がかかれた病気についてご記入ください。

- 大きな病気、入院、手術の経験はありますか？

時期: \_\_\_\_\_

病名: \_\_\_\_\_

- アレルギーはありますか？

なし      あり( \_\_\_\_\_ )

- 下記病気にかかったことがありますか？

はしか	風疹	水痘	おたふく	百日咳	喘息	ひきつけ	その他(    )
歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳

2. 乳幼児健診で「異常」の指摘がありましたか？

なし      あり( \_\_\_\_\_ )

3. 同居している家族構成について

氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先名称	既往症・アレルギー
	父				
	母				