

初めて受診された患者さんへ

下記をご記入いただき、受付までお持ちください

(ふりがな)

お名前

生年月日 年 月 日 (歳 か月)

保護者さま お名前

ご住所 〒

お電話番号

携帯電話番号

お生まれになった時についてご記入ください

在胎 週 日 、 出生体重 g

今までに、入院歴、手術歴、アレルギー歴があればご記入ください。



パラソルキッズクリニック
PARASOL CLINIC
FOR KIDS & BABY

その他の既往歴、家族歴などがあれば、ご記入ください

現年齢、月齢での小児定期予防接種は順調に受けられていますか はい いいえ
(わからなければ、母子手帳でご確認いたしますので、空白にしておいてください)

年 月 日 記入