

新患登録票（インフルエンザワクチン外来用）



※（ ） ※診察券番号（ ）

ふりがな		男・女	ご住所	〒（ - ）
お名前				
生年月日	令和・平成 年 月 日 昭和 (歳)			
携帯電話	— — 続柄（母・父・本人・ ）	自宅 電話		— —

※診療や検査結果などに関連した急ぎのご連絡を差し上げる場合がございますので、連絡がしやすいお電話番号をご記入頂きますようお願いいたします。

★分かる範囲でご記入をお願いします。

- 次のうち、今までにかかった事がある病気に○を付けてください。
突発性発疹・はしか・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・けいれん（熱性・無熱性）
気管支喘息・喘息性気管支炎・アトピー性皮膚炎
- これまでに入院もしくは継続的な通院治療を受けた事がある場合はお書きください。
入院：何の病気で（ ） 時期（ 年 月）
通院：何の病気で（ ） 時期（ 年 月～ 年 月）
- 現在、他院で処方され内服している薬があれば、こちらに記して頂くか、お薬手帳を添えて提出して下さい。
（ ）
- 薬や食べ物に対するアレルギー
 - 薬 （薬の名前 ）
 - 食べ物 （卵・牛乳・他 ）