

記入日 西暦()年()月()日

フリガナ	
氏名:()	性別: 男 ・ 女
生年月日:西暦()年()月()日	年齢:()歳
住所 〒	
電話番号:自宅 () 携帯 ()	
メールアドレス: ()	
保育園 ・ 幼稚園・ 小学校 ・ 中学校 / シュタイナー関係 (はい ・ いいえ)	

すみれが丘ひだまりクリニックからの電話連絡に関するご確認

すみれが丘ひだまりクリニックでは、予約の確認、あるいはお問合せ等の理由で、お電話させていただく場合がございます。個人情報保護のため以下の事項について確認させていただきたいと思いますので、ご理解とご協力をお願い致します。

○ご連絡について

ご自宅 (可 ・ 不可) 携帯電話 (可 ・ 不可)

○お電話に出られた方に対してお伝えして良いものに○をつけてください。

(ご本人様以外の方が出られた場合も含む)

クリニック名 (可 ・ 不可) 担当者名 (可 ・ 不可)

○ご本人様不在時の対応について

留守番電話に伝言を入れる (可 ・ 不可)

電話に出られた方へ伝言を伝える (可 ・ 不可)

○上記以外にご連絡時のご要望がございましたらご記入下さい。

()

○ご希望の方に当院のお知らせなどを、お送りさせていただきます。(希望 ・ 不要)

◇当院を知ったきっかけは何でしたか。

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ 山本記念病院 | ☐ すみれが丘そよかぜクリニック | ☐ CAFE RUNWAY |
| ☐ 当院患者様の紹介(紹介者) | ☐ 他院(医師・療法士)からの紹介(紹介者) | |
| ☐ 当院のホームページ | ☐ 講演会・セミナー() | ☐ 雑誌() |
| ☐ その他() | | |

◇なぜ当院を選ばれましたか。

- | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ アントロポゾフィー医療に興味があった | ☐ 自然療法に興味があった | ☐ 近いため |
| ☐ 家族、友人に勧められた | ☐ 医師、療法士に勧められた | ☐ 自由診療部に受診していた |
| ☐ 西洋医学では症状が改善しなかった | ☐ その他() | |

◇ご予約時のご要望がございましたらご記入ください。

例: 家族と時間が重ならないようにしてほしい。同じ職場／学校の人と重ならないようにしてほしい。等

お子さんの基本情報

ID _____ 氏名 _____

ご両親について（父 歳・職業 ）（母 歳・職業 ）

お子さんの学校名（ ）

ご兄弟の年齢・性別（ ）

身長（ ）cm 体重（ ）kg

出産時の身長（ ）cm 体重（ ）kg

下記について、特記すべき点などご記入ください。

妊娠過程 []

出産過程 ☐自然分娩 ☐帝王切開（ ）

下記の開始時期はいつですか。

首座り（ ヶ月） はいはい（ ヶ月） お座り（ ヶ月） 歩きはじめ（ 歳 ヶ月）

話し始め（ 歳 ヶ月） おむつが取れた時期（ 歳 ヶ月）

歯の生えはじめ（ ヶ月） 歯の生え変わり（ 歳 ヶ月） 現在永久歯 本

歯の矯正 ☐ある ☐なし

視力 右（ ） 左（ ）

☐遠視 ☐乱視 ☐近視 ☐斜視 ☐眼鏡・コンタクト使用

予防接種を受けたものに☑を付けて下さい。

☐ヒブ ☐小児用肺炎球菌 ☐四種混合 ☐三種混合 ☐ポリオ ☐BCG ☐MR

☐水痘(水疱瘡) ☐日本脳炎HPV(ヒトパピローマウイルス) ☐ロタウイルス

☐おたふく風邪 ☐インフルエンザ ☐A型肝炎 ☐B型肝炎 ☐子宮頸がん

いままでに下記の病気を診断されたことがあれば☑を付けて下さい。

☐はしか ☐風疹 ☐百日咳 ☐おたふくかぜ ☐溶連菌感染症 ☐ジフテリア

☐水ぼうそう ☐くる病 ☐黄疸 ☐小児麻痺 ☐脳(脊髄)膜症 ☐けいれん ☐中耳炎

☐結核 ☐肺炎 ☐喘息 ☐扁桃炎 ☐甲状腺疾患 ☐虫垂炎

☐アレルギー性鼻炎 ☐皮膚疾患 ☐アトピー ☐腎疾患 ☐肝疾患 ☐消化器疾患

☐心疾患 ☐頭痛 ☐腰痛 ☐言語の遅れ ☐発達の遅れ ☐その他()

他の病院にかかっていますか。 ☐いない ☐いる(病名)

現在、飲んでいるお薬はありますか。 ☐いいえ ☐はい

(薬名・サプリメントも含む)

ご家族(祖父母・両親・兄弟、姉妹)の病歴をお書きください。

例: 高血圧(父方祖母) 心臓病(母) 喘息(兄) など

生活について

ID _____ 氏名 _____

1. 本日いらした目的や、当院の治療に期待することを教えてください。

2. 睡眠の状態を教えてください。(寝入り、寝起き、夜泣きの有無、睡眠時間など)

3. 食事の状態を教えてください。

好きな物 ()

嫌いな物 ()

偏食 ☐ない ☐ある

4. 生育過程においてお気づきになった点(心理面、身体面、家庭面など)、またその他
お子さんの性格、行動様式、友人関係に関してお気づきの点をご記入ください。