



5. 今までの小児科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えてください。

( )

6. 次の予防接種のうち、既に受けたものに☑を入れ、○印をお書きください。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ヒブ ( 1 / 2 / 3 / 追加 )   | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 ( 1 / 2 / 3 / 追加 )  |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 ( 1 / 2 / 3 )      | <input type="checkbox"/> ロタ ( 1 / 2 / 3 )         |
| <input type="checkbox"/> 四種混合 ( 1 / 2 / 3 / 追加 ) | <input type="checkbox"/> BCG                      |
| <input type="checkbox"/> MR ( 1 / 2 )            | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう ( 1 / 2 )          |
| <input type="checkbox"/> おたふくかぜ ( 1 / 2 )        | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 ( 1 / 2 / 追加 / 2期 ) |
| <input type="checkbox"/> 二種混合                    |   |

7. 内服可能なお薬の形態に○をしてください。またご希望があれば、1～3の順にお知らせください。

お薬の形態 : 粉 ( ) シロップ ( ) 錠剤 ( )  
服用回数 : 特に希望なし (朝 昼 夕) ・ 1日2回 (朝 夕)

8. 当院をお知りになられたきっかけを教えてください (○印をつけてください・複数可)

- |                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| ( ) 電話帳をみて              |                            |
| ( ) 系列のクリニックを受診したことがある  | 【クリニック名: ]                 |
| ( ) パソコンの当院HPをみて        | ( ) 当院以外のインターネットサイトをみて     |
| ( ) 端末(携帯スマホなど)の当院HPをみて | ( ) 友人・知人( )さんから聞いて        |
| ( ) 家族・親族から聞いて          | ( ) 他の医療機関に聞いて(紹介を含む)      |
| ( ) 近所だから               | ( ) ポストに投函されたチラシ・パンフレットをみて |
| ( ) その他 ( )             |                            |