

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)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 電話帳をみて | <input type="checkbox"/> 駅の看板を見て (深江駅 ・ 青木駅) |
| <input type="checkbox"/> 系列のクリニックを受診したことがある | 【クリニック名: _____】 |
| <input type="checkbox"/> 当院のパソコンのホームページをみて | <input type="checkbox"/> 当院以外のインターネットサイトをみて |
| <input type="checkbox"/> 当院の携帯のホームページをみて | <input type="checkbox"/> 友人・知人 (_____) さんから聞いて |
| <input type="checkbox"/> 家族・親族から聞いて | <input type="checkbox"/> 他の医療機関に聞いて (紹介を含む) |
| <input type="checkbox"/> 近所だから | <input type="checkbox"/> ポストに投函されたチラシをみて |
| <input type="checkbox"/> 電柱看板 | |
| <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |