

Name	漢字	Last Name (姓)	First Name (名)
氏名	ローマ字	Last Name (姓)	First Name (名)
Male · Female	Date of Birth	Age	
男 · 女	生年月日	year month day (____ 才 ____ ヶ月)	
Address In Hong Kong			
香港の住所			
Phone Number		E-mail	
電話番号		メール	
Emergency Contact		Name (フリガナ)	Relationship
緊急連絡先		お名前	続柄

Do you have any underlying disease? No Yes Name of disease
 1. 持病や慢性疾患はありますか。 いいえ はい 病名

Are you taking any medications regularly? No Yes Name of medicine
 2. 定期的に服用している薬はありますか いいえ はい 薬の名前

Have you ever been admitted or got a surgery? No Yes Disease When
 3. 今までに手術や入院の経験はありますか。 いいえ はい 病名: いつごろ:

Any drug allergy? No Yes Symptom
 4. 薬のアレルギーはありますか。 なし あり() 症状:
 Any food allergy? No Yes Symptom
 食物のアレルギーはありますか。 なし あり() 症状:
 Any other allergy? No Yes Symptom
 その他のアレルギーはありますか。 なし あり() 症状:
 Have you ever got side effect by any medications? No Yes Symptom
 薬で副作用を起こしたことはありますか。 なし あり() 症状:

Diases the child has got before and the age
 5. 今までにかかったことのある病気をチェックし、わかれば当時の年齢を記入してください。
 Exanthem subitum Age Measles Seizure, febrile seizure
 突発性発疹 () 才 はしか () 才 けいれん・熱性痙攣 () 才
 Chicken pox Rubella Asthmatic bronchitis
 水ぼうそう () 才 風疹 () 才 ぜんそく性気管支炎 () 才

Mother's health when expecting the child Normal Abnormal
 6. 妊娠時のお母様の健康状態 異常なし 問題があった _____

Child's status at birth
 7. お子様を分娩されたときの様子について
 Gestational weeks Birthweight gm Natural childbirth Caesarean section
 在胎週数 _____ 週 出下時体重 _____ グラム 自然分娩 帝王切開

Asphyxia yes no Jaundice yes no
 仮死 あり なし 黄疸 あり なし

Place of Birth Japan Hong Kong Others
 8. 出生地 日本 香港 その他

How did you know us?
 9. 弊院をどのようにお知りになりましたか。
 ■フリーペーパー、各種媒体 (Free magazines/Media)
 Concierge LEI PPW 香港ポスト ジャピオン
 香港便利帳 ぼけっとページ その他の媒体 (_____)
 ■インターネット (Others)
 香港ママの便利帳 Facebook
 Yahoo! (検索ワード: _____) Google (検索ワード: _____)

■その他
 ご紹介者様 (_____) 例) 親族、ご友人、同僚、弊院スタッフなど

Please fill in if you have any concern or advance notifications.
 10. 不安な点や事前に伝えたいことがあればご記入ください。