

はじめて来院された方へ

ふりがな

生年月日：平成____年____月____日 当院記入欄：ID

氏名：_____

通っているところ _____ 学校、幼稚園、保育園

住所：〒_____

電話番号：_____ 携帯：_____

- ① 生まれたときの体重は（ _____ グラム）
お産は（予定通り ・ 早産 ・ 帝王切開 ・ その他の異常 _____）
妊娠、分娩、新生児期に異常を指摘されたことがありますか？
いいえ ・ はい（ _____ ）
- ② これまでに、首のすわり、つかまり立ち、一人歩き、言葉の遅れなどを指摘されたことがありますか？
いいえ ・ はい（ _____ ）
- ③ 今までに下記の病気やその他の病気で、長期に通院、入院、手術をしたことがありますか？
けいれん（ひきつけ）・心臓病・肝臓病・腎臓病・その他（ _____ ）
入院・手術 なし ・ あり（病名、期間 _____）
- ④ これまでに、薬や食品で気分が悪くなったり、発疹が出たりしたことがありますか？
いいえ ・ はい（ _____ ）
- ⑤ 今までに下記のアレルギー疾患と言われたことがありますか？
じんましん、アトピー性皮膚炎、気管支喘息、食物アレルギー、アレルギー性鼻炎（花粉症）・その他
- ⑥ 同居している家族でタバコを吸う方がいますか？
いいえ ・ はい（ 父 母 祖父 祖母 兄 姉 その他 _____ ）
- ⑦ 家族構成を教えてください。アレルギー、持病をお持ちの方がいましたらカッコ内に記入して下さい。
父 _____ 才（ _____ ） 母 _____ 才（ _____ ）
第1子 _____ 才 男・女（ _____ ） 第3子 _____ 才 男・女（ _____ ）
第2子 _____ 才 男・女（ _____ ） 第4子 _____ 才 男・女（ _____ ）
- ⑧ 以下の病気について予防接種の接種回数など下記にご記入をお願いいたします。

	種 類	予 防 接 種	病気にかかった
定 期	BCG（結核）	未・済・不明	未・済・不明
	ヒブ	未・1回・2回・3回・追加・不明	未・済・不明
	小児用肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加・不明	未・済・不明
	四種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ）	未・1回・2回・3回・追加・2期・不明	未・済・不明
	三種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア）	未・1回・2回・3回・追加・DT	未・済・不明
	ポリオ（不活化）	未・1回・2回・3回・4回	未・済・不明
	ポリオ（生）	未・1回・2回	未・済・不明
	MR（麻疹・風疹）	未・1期・2期・（ ）期・不明	未・済・不明
	水痘	未・1回・2回・不明	未・済・不明
任 意	日本脳炎	未・1回・2回・追加・2期・不明	未・済・不明
	おたふくかぜ	未・1回・2回・不明	未・済・不明
	B型肝炎	未・1回・2回・3回	未・済・不明
	インフルエンザ（今シーズン）	未・1回・2回・不明	未・済・不明

その他のワクチン：

- ⑨ 本日のご症状を下記にご記入ください。
いつから（ 今朝 昨日 2～3日前 その他 _____ ）
どのような症状（咳 鼻水 下痢 嘔吐 頭痛 発熱〈 _____ ℃〉 便秘 のどの痛み 腹痛 _____）
その他（ _____ ）
- ⑩ 育児や病気のことなどでお悩みのことがあればご記入ください。