

住所	〒		TEL . () -
ふりがな			
氏名		男・女	生年月日 年 月 日 (才)

1. 今日はどうなことで来られましたか

熱 (°C) 咳 鼻水 下痢 嘔吐 頭痛 腹痛 発疹 育児相談
 その他 ()
 その症状はいつから始まりましたか () ごろから
 本日の状態 _____

2. お子さまの生まれた時のことについて。何か異常はありませんでしたか？

在胎週数 (週 日) 出生体重 (g)
 ①異常なし ②保育器使用 ③黄疸 ④その他 ()

3. 今までにかかった病気に○印をつけてください

1) 突発性発疹 水痘(みずぼうそう) おたふくかぜ 麻疹(はしか) 風疹・百日咳
 川崎病 その他 ()
 2) けいれんを起こしたことがありますか？(何歳の時)
 その時、熱がありましたか？(あった・なかった)

4. 予防接種がすすんでいるものに○印をつけてください (現在は行われていないものもあります)

・ヒブワクチン (①②③、追加) ・肺炎球菌ワクチン (①②③、追加) ・B型肝炎 (①②③)
 ・ロタウィルスワクチン (①②③) ・四種混合 (1期①②③, 追加) ・五種混合 (1期①②③, 追加)
 ・BCG・麻疹風疹混合 (I, II期) ・水痘 (①②) ・流行性耳下腺炎 (①②) ・日本脳炎 (I期①②, 追加, II期)
 ・二種混合・子宮頸がん予防ワクチン (①②③) ・三種混合 (I期①②③, 追加) ・不活化ポリオ (①②③④)

5. 現在治療中の病気、服用中の薬はありますか

ない・ある (病名: 薬品名:)

6. 今までに食物、薬、注射などで発疹、呼吸困難などの症状がでたことがありますか？

ない・ある (その品名)

7. 血のつながりのある方に次のような病気があれば○印をつけてください

(ア) アレルギー性疾患 (・喘息・鼻炎・アトピー性皮膚炎・その他)
 (イ) 結核・肝炎・心臓病・腎臓病・糖尿病・その他 ()

8. 家族構成 両親：父 (才) 母 (才) ※お子様本人は番号に○印、年齢順に

兄弟：1.男・女 (才) 2.男・女 (才) 3.男・女 (才) 4.男・女 (才)

9. その他心配な事、相談したいことなどありましたらお気軽にお書き下さい

10. 当院をどうしてお知りになりましたか

知人・友人に聞いて 兄弟が受診したことがある 看板を見て その他 ()