

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

1. 今日どのよ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)・四種混合(Ⅰ期①②③、追加、Ⅱ期)  
 BCG・麻疹風疹混合(Ⅰ,Ⅱ期)・日本脳炎(Ⅰ期①②、追加、Ⅱ期)・ポリオ生ワクチン(①②)  
 ・三種混合(Ⅰ期①②③、追加、Ⅱ期)・不活化ポリオ(①②③④)・ロタウィルスワクチン(①②③)  
 ・B型肝炎(①②③)・流行性耳下腺炎(①②)・水痘(①②)

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 ( )