

はじめて来院された方へ

体温 _____ °C, 体重 _____ kg

下記の項目について、わかる範囲で記入もしくは○をつけてください。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな				男・女	大・昭・平	年	月	日生
お名前					歳 (_____ ヶ月)			
ご住所	〒 _____				電話	(_____)		

- 今日はどのようなことでこられましたか？

発熱(_____ °C), 咳, 鼻水, ぜいぜい(喘鳴), 嘔吐, 下痢, 腹痛, 頭痛, 発疹, のどの痛み
ひきつけ(けいれん), 食欲がない, その他(_____)
- 出生時のようすについて

満期産, 早期産(在胎 _____ 週), 出生時体重 _____ g,
出生時の異常: なし, あり(_____)
- 今までに乳児健診で異常を指摘されたことがありますか？

なし, あり(_____)
- 今までに次の病気にかかったことがありますか？

はしか(麻疹), 風疹, みずぼうそう(水痘), おたふくかぜ(流行性耳下腺炎), 突発性発疹
ひきつけ(けいれん), 川崎病, 溶連菌感染症
- 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

なし, あり(_____)
- 今までに受けた予防接種は次のうちどれでしょうか？

ヒブ[1, 2, 3, 4], 肺炎球菌[1, 2, 3, 4], ロタウイルス[1, 2], B型肝炎[1, 2, 3], BCG
四種混合[I期(1回目, 2回目, 3回目, 追加) II期(二種混合)], MR(はしか・風疹混合)[1, 2]
おたふくかぜ[1, 2], 水痘[1, 2], 日本脳炎[I期(1回目, 2回目, 追加), II期], その他(_____)
- 今までにひきつけた(けいれんをした)ことがありますか？

なし, あり(発熱: あり, なし 回数: _____ 回, 最終年齢 _____ 歳)
- 下記のアレルギー疾患のうち今までに指摘されたものはありますか？

気管支喘息, 喘息性気管支炎, アトピー性皮膚炎, アレルギー性鼻炎, アレルギー性結膜炎
じんましん, 食物アレルギー
- 家族の方の病気について

アレルギー体質の方はいますか? _____ いない, いる(_____)
大きな病気や慢性疾患の方はいますか? _____ いない, いる(_____)
- 今までに食べもの、薬、注射で異常が出たことがありますか？

なし, あり(_____)
- 乳幼児期の発達について

わらう(_____ ヶ月), 首がすわる(_____ ヶ月), おすわり(_____ ヶ月), ひとり歩き(_____ ヶ月)
- 現在、他の医院にかかり処方を受けていますか？

いない, いる(_____)