

この用紙を印刷し、以下の項目にご記入ください。受診の際に必ずお持ちください。

\*保護者の方へ：発疹のあるお子さん・耳の下の腫れのあるお子さんは、受付にお知らせ下さい。

年 月 日記入

### 当院をはじめて受診されるかたへ

ふりがな	性別
お子様のお名前	男・女
生年月日 昭和・平成 年 月 日	歳 ヶ月
ご住所 〒 -	電話番号 - -

1) 体温 °C 身長 cm 体重 Kg

2) いつ頃からどのような症状がありましたか？

3) 現在、飲んでいる薬はありますか？

いいえ

はい(品名: )

4) 生まれた時の状態はどうでしたか？

体重 g, 週数 週, 普通分娩・帝王切開・吸引分娩・鉗子分娩

妊娠・出産時の異常: なし・あり( )

5) いままでどんな病気にかかりましたか？

はしか・風疹・水痘・おたふくかぜ・突発性発疹・溶連菌感染症・熱性けいれん・川崎病  
喘息・アトピー性皮膚炎・気管支炎・肺炎・その他( )

6) 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ

はい(品名: )

7) 済んでいる予防接種は何ですか？

BCG・Hib(1 2 3 追)・肺炎球菌(1 2 3 追)・ロタ(1 2)・はしか・風疹・麻疹風疹混合(1 2)  
水痘・おたふくかぜ・日本脳炎(1 2 追)・B型肝炎(1 2)・インフルエンザ(1 2)  
生ポリオ・不活化ポリオ(1 2 3 追)・三種混合(1 2 3 追)・四種混合(1 2 3 追)

8) 家族の方は健康ですか？

父 ( 歳) 健康・いいえ( )

母 ( 歳) 健康・いいえ( )

お子様 (男・女) ( 歳) 健康・いいえ( )

(本人を含む) (男・女) ( 歳) 健康・いいえ( )

(男・女) ( 歳) 健康・いいえ( )

(男・女) ( 歳) 健康・いいえ( )

その他の方 ( ) ( 歳) 健康・いいえ( )