

はじめて来院された方へ

下記の項目について、記入もしくは○で囲んでください。

令和 年 月 日

ふりがな			男・女
患者氏名			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 (歳)
現住所	〒		
* 住民票住所が異なる方⇒			TEL:
* 現在帰省中の方は滞在先⇒			TEL:
電話	自宅:	携帯:	
保護者氏名	受診者との続柄		職業

1. 本日はどのようなことでこられましたか？ いつ頃から、どのような状態になったかを簡単に記入して下さい。 体温 . °C

2. 現在、治療中の病気や服用している薬はありますか？

①治療中の病気 ・なし

・あり→

病名:

通院中の医療機関:

②服用している薬 ・なし

・あり→

薬の名前:

3. 出生時の様子について

妊娠期間 (週 日)

出生時体重 (g)、出生時の状態 [正常・異常()]

4. 乳児期の栄養について [母乳 ・ 人工乳 ・ 混合]

5. 乳児期の健診や学校の健診で、今までに指摘された事項があれば記入してください。

6. 今までにかかった病気や入院、手術等があったら記入してください。

年齢	内容

(裏面も記入してください)

7. 下記のアレルギー性疾患にかかったことがありますか？

なし

気管支喘息 (歳) アトピー性皮膚炎 (歳)

アレルギー性鼻炎 (歳) アレルギー性結膜炎 (歳)

花粉症 (歳) じんましん (歳)

食物アレルギー (歳) (原因食物:)

(症状:)

その他 ()

8. 今までに受けた予防接種を記入してください。(母子手帳をご参照ください。)

<input type="checkbox"/> ヒブ	年 月 日	<input type="checkbox"/> ポリオ	年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	年 月 日	<input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合 (MR)	年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 水痘	年 月 日
	年 月 日		年 月 日
<input type="checkbox"/> 四種混合 または <input type="checkbox"/> 三種混合	年 月 日	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	年 月 日
	年 月 日		年 月 日
<input type="checkbox"/> ロタ	年 月 日	<input type="checkbox"/> B型肝炎	年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
<input type="checkbox"/> BCG	年 月 日		年 月 日
<input type="checkbox"/> その他 ()			年 月 日

9. 注射・飲み薬で異常を起こしたことはありますか？ [ある ・ ない]

ある場合は詳しく記入してください。

10. 患者さんの両親、兄弟姉妹について、年齢・性別をご記入ください。大きい病気や慢性の病気にかかったことがある場合は []にご記入下さい。

父 (歳) []

母 (歳) []

兄弟姉妹① (男・女)(歳) []

兄弟姉妹② (男・女)(歳) []

兄弟姉妹③ (男・女)(歳) []

兄弟姉妹④ (男・女)(歳) []

11. 現在、通っている幼稚園、保育園、小学校、中学校等はどこですか？