

# 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。〕

平成 年 月 日

ふりがな		男	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前		女	被保険者(世帯主)との続柄			
ご住所	〒			電		
				話	( )	

1. 今日どのようなことでこられましたか？

熱 ( \_\_\_\_\_ 度) , せき, 鼻水, 下痢, 嘔吐, 腹痛, 頭痛, 発疹, のどの痛み, 食欲がない, 血便, 育児相談, その他 \_\_\_\_\_  
 ・その症状はいつから始まりましたか \_\_\_\_\_

2. 出生時のようすについて

出生時体重 ( \_\_\_\_\_ g) , 分娩時・出生時の状態 (正常・異常)  
 予定日より ( \_\_\_\_\_ 日) →早かった, 遅かった, 予定日通り

3. 今まで病気にかかったことがありますか？

百日咳, はしか (麻疹), みずぼうそう (水痘), おたふくかぜ (流行性耳下腺炎), 風疹, 突発性発疹症, ひきつけ, その他 \_\_\_\_\_

4. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない, ある (その病名: \_\_\_\_\_ )

5. 今までに受けた予防接種はありますか？

BCG, はしか (麻疹), みずぼうそう (水痘), おたふく, 風疹, 日本脳炎, ツベルクリン反応 (陰性, 陽性), 三種混合 (1期, 2期), ポリオ (1回目, 2回目) ,

6. 下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されたことがありますか？

気管支ぜんそく, アレルギー性鼻炎, アトピー性皮膚炎, じんましん, 食物アレルギー

7. ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方がいますか → いる, いない, わからない  
 大きな病気や慢性病にかかった方はいますか → いる, いない, わからない

8. 体質について

- ・食べ物, 薬, 注射等で発疹が出たことがありますか  
 ない, ある (品名 \_\_\_\_\_ )
- ・よく風邪をひく, よく熱を出す, よく下痢をする, ゼーゼーいやすい

9. どんなお乳で育てましたか → 母乳, 人工乳, 混合

10. 乳幼児の発育について

笑う ( \_\_\_\_\_ ヶ月) , 首のすわり ( \_\_\_\_\_ ヶ月) , お座り ( \_\_\_\_\_ ヶ月)  
 歩きはじめ ( \_\_\_\_\_ ヶ月)