

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	平・令	年	月	日
お名前		女	被保険者(世帯主)との続柄			
ご住所	〒		電			
			話	()		

1. 今日は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. 出生時のようにすについて

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？

ヒブ，肺炎球菌，ロタウイルス，B型肝炎，BCG，4種混合，DT，MR，麻疹，風疹，
日本脳炎，みずぼうそう（水痘），おたふく，インフルエンザ，新型コロナ

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（　　ヵ月），首のすわり（　　ヵ月），お座り（　　ヵ月）

歩きはじめ（　　ヵ月）