



～当院をはじめて受診される方～

診察券ID: _____

ふりがな
氏名: _____ (男・女)

体重 _____ kg
身長 _____ cm

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳 _____ ヶ月)

〒 _____ - _____ ふりがな
住所: _____

電話番号: ご自宅 _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____

E-Mail: _____ @ _____ (当クリニックからのお知らせメールを受信していただける方はご記入ください)
(LINEでの呼び出し/お知らせも行っております。詳しくは当院HPをご覧ください)

兄弟姉妹 _____ 人中 _____ 番目

就学状況: 未就園 / 保育園・幼稚園 (園名: _____) / _____ 小学校・中学校

1. 出生時のことをお聞かせください。

- ①妊娠中に異常はありましたか? なし あり (内容: _____)
- ②分娩状態をお聞かせください 経産分娩 かんし分娩 吸引分娩 帝王切開 (理由: _____)
出生体重: _____ g 出生週数: _____ 週
- ③栄養: 母乳のみ ミルクのみ 混合栄養
- ④健診などで何か指摘されたことはありますか? なし あり (内容: _____)

2. 家族の方に大きな病気やアレルギーの方はいらっしゃいますか? (例: 母か花粉症 など)

いない いる (_____)

3. 今までに、かかったことのある病気はございますか?

- 突発性発疹 RSウイルス 溶連菌感染症 ロタ・アデノ・ノロ腸炎 インフルエンザ
- アデノウイルス みずぼうそう おたふく マイコプラズマ はしか 風疹 百日咳
- けいれん (熱あり) けいれん (熱なし) 川崎病 尿路感染症
- 手術歴 (_____ 歳時に、 _____ の手術) その他 (内容: _____)

4. 今までに受けたことのある予防接種 (ワクチン) に、し点をつけてください。

- ヒブワクチン 小児肺炎球菌 B型肝炎 四種混合 おたふく BCG MR (はしか・風疹)
- みずぼうそう おたふく 日本脳炎 ポリオ 三種混合 その他 (_____)

5. アレルギーはありますか?

- なし
- あり: アトピー性皮膚炎 食物アレルギー - [卵・乳・小麦・大豆・その他 (_____)] 喘息 お薬 その他 [_____]

6. 本日はどうされましたか?

- 発熱 (_____ 月 _____ 日の _____ 時ぐらい ~ _____ °Cぐらいのお熱)
- 咳 鼻水 下痢 嘔吐 腹痛 喉の痛み 食欲低下 発疹 その他 (_____)

7. 他院さんからの薬はありますか? なし あり: お薬手帳をお出してください (内容: _____)

8. 何か他に相談されたいことがあればご記入ください (_____)