



～当院をはじめて受診される方～

ふりがな
氏名 _____ (男・女)

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

体重	_____	kg
身長	_____	cm

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

〒 _____ - _____

ふりがな
住所 _____

電話番号 自宅 _____ - _____ - _____ 携帯 _____ - _____ - _____

E-Mail _____ @ _____ (PC/携帯)

(メールアドレスは、当クリニックからのお知らせメールを送信してもよろしい場合はご記入ください)

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

自然経産分娩 鉗子 (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：母が花粉症 など _____)

3. 今までに、かかったことのある病気はございますか？

はしか 風疹 みずぼうそう おたふく 百日咳 突発性発疹 けいれん (熱あり)

けいれん (熱なし) 川崎病 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) と回数をご記入ください

BCG ポリオ (生 _____ 回・不活化 _____ 回) 三種混合 (DPT) _____ 回 おたふく _____ 回

B型肝炎 _____ 回 ヒブワクチン _____ 回 小児肺炎球菌 _____ 回 MR (はしか・風疹) _____ 回

みずぼうそう おたふく 日本脳炎 _____ 回 その他 (_____)

5. アレルギー疾患はありますか？

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 その他【 _____ 】)

6. お薬などでアレルギー症状を起こしたことはありますか？ なし あり (内容： _____)

7. 本日はどうされましたか？

発熱 (_____ 日 _____ 時ぐらい～ _____ °C)

咳 (_____ 日頃から) 鼻水 (_____ 日頃から)

嘔吐 (_____ 日 _____ 時ぐらい～ _____ 回) →嘔吐は、(止まった・持続している)

下痢 (_____ 日 _____ 時ぐらい～ _____ 回) →下痢は、(止まった・持続している)

発疹 (_____ 日頃から _____ の部分にでてきた)

その他 (アレルギーの相談は別紙もご記入ください _____)

8. 他院の投薬などありますか？ なし あり：お薬手帳をお出しください (内容： _____)

9. 何か相談したいことがあればご記入ください (_____)