

はじめて来院された方へ

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。
尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみにご使用いたします。

年 月 日

ふりがな		男・女	年 月 日生 (歳)
お名前	様		被保険者(世帯主)との続柄
ご住所	〒		電話 自宅 () 携帯(緊急連絡先) ()

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(ムンプス), 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)風疹, みずぼうそう(水痘), おたふく, 日本脳炎(1期, 2期)
四種混合, 三種混合(1期, 2期), ポリオ(1回目. 2回目. 3回目, 4回目)
ロタウイルス, B型肝炎, ヒブ(Hib), 肺炎球菌

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, ゼーゼーしやすい

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(カ月), 首のすわり(カ月), お座り(カ月)
歩きはじめ(カ月)