

はじめて受診される方へ

記入日 年 月 日

フリガナ お名前	様 才	男 女	生年月日 年 月 日	体重 Kg	体温 ℃
御住所 〒				お電話	

1) いつからどのような症状がありますか？

()

2) 今まで受けたワクチンに印をして下さい。

BCG 生ポリオ(1・2) 不活化ポリオ(1・2・3・追加)

四種混合(1・2・3・追加) 三種混合(1・2・3・追加) DT

ヒブ(1・2・3・追加) ロタ(1・2・3)

肺炎球菌(1・2・3・追加)

麻疹風疹混合(MR)(1・2) 水痘(1・2) おたふくかぜ(1・2)

日本脳炎(1・2・追加・Ⅱ期)

B型肝炎(1・2・3)

3) 今までにかかった病気に印をして下さい。

突発疹 麻疹 風疹 水痘 おたふく

喘息 アトピー 熱性けいれん その他のけいれん疾患

その他()

4) 妊娠中何かありましたか？ 正常 異常()

5) 出産時は何かありましたか？ 正常 異常()

出生時体重()g

6) 今までの発達はどうですか？ 正常 異常()

7) 御両親は喫煙されますか？ 吸わない 両親とも吸う 父のみ 母のみ

8) アレルギーはありますか？ 無 有

有りの場合 食品 ()

薬品 ()

その他()

9) ご家族のご病気についてあてはまるものがあれば印をして下さい。

喘息 アレルギー 腎臓病 糖尿病 心臓病 けいれん

高血圧 結核 その他()

10) その他ご心配なことがあればお書きください。