はじめて来院された方へ

ふりがな	生年月日　平成・令和　　年　　月　　日生	歳	男・女
お名前			
ご住所：〒			
電話番号：自宅　　携帯			

1）　本日はどのようなことでおいでになりましたか？
　発熱（　　℃）・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（　　）
　その症状はいつ頃からですか？（　　前頃から）

2）　出生時の様子について
　出生体重（　　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
　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・ポリオ（　回）・３種混合（　回）・４種混合（　回）・ＭＲ【麻疹・風疹】（　回）・
　Hib（　回）・肺炎球菌（　回）・日本脳炎（　回）
　みずぼうそう【水痘】（　回）・おたふく（　回）・Ｂ型肝炎（　回）子宮頸がん（　回）

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？
　気管支喘息・アレルギー性鼻炎・(花粉症も含む)・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・じんましん

7）　ご家族の病気について
　アレルギーの方がいますか？　　いる　・　いない　・　わからない
　大きな病気や慢性疾患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
　異常を指摘されたことがありますか？　なし　・　あり（　　）

１１）当院を何でお知りになりましたか？
　知人の紹介、　インターネット、　雑誌、　その他（　　）

いば小児科