

## はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

診察券番号 \_\_\_\_\_

ふりがな		男 女	年 齢	生 年 月 日
お子さま のお名前			歳 月	平成 令和 年 月 日生
ご住所				電話

1. 今日はどのようなことで来られましたか？  
熱（ \_\_\_\_ 日前から、最高 \_\_\_\_ 度）、せき、はな、下痢、はきけ・嘔吐、腹痛、頭痛、発疹、  
のどの痛み、育児相談、その他 \_\_\_\_\_
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. 今まで次の病気にかかったことがありますか？  
突発性発疹、はしか(麻疹)、水ぼうそう、おたふくかぜ(ムンプス)、風疹、百日咳、  
熱性けいれん(ひきつけ)、その他 \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_)
4. 今までに受けた予防接種はありますか？  
Hib、肺炎球菌、ロタ、B型肝炎、4種混合、BCG、麻疹・風疹(MR) (1期、2期)、  
水痘、おたふくかぜ、日本脳炎、その他 \_\_\_\_\_
5. 下記のアレルギー疾患を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、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー、蕁麻疹
6. ご家族について  
今日受診されるお子さんは（ \_\_\_\_\_ ）人兄弟(姉妹)の（ \_\_\_\_\_ ）番目  
昼間はどこで過ごしていますか？(家庭、保育所、幼稚園・学校)
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  
くすり、注射などで発疹などの副作用が出たことがありますか？  
ない・ある(品名 \_\_\_\_\_)
10. 乳児期の栄養と発達について (2歳以下のお子さん)  
栄養： 母乳、人工乳、混合  
発達： 首のすわり（ \_\_\_\_\_ 月）、おすわり（ \_\_\_\_\_ 月）、歩き始め（ \_\_\_\_\_ 月）
11. 当院を選んだ理由は何ですか？  
1.近所だから 2.兄妹がかかっている 3.友人のすすめ 4.ホームページ 5.その他

どうもありがとうございました