

# はじめて受診される方へ

		記入日	年	月	日
フリガナ	男	生年月日			
お名前	女		年	月	日
ご住所 〒			お電話番号		
		( )			
( ) 人兄弟・姉妹の ( ) 番目		最近の体重 ( ) kg・g			

●受診される目的は？ ① 診察 ② 予防接種 ( ) ③ 乳幼児健診 ( 歳 ヶ月)  
 ①の場合 いつからどのような症状がありますか？  
 ( )

●以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入ください。

1) 出生-発育について

- ① ( ) 週 ( ) 日で出生 出世時の体重 ( ) g
- ② 出産時は何かありましたか？ 正常 異常 ( )
- ③ 妊娠中は何かありましたか？ 正常 異常 ( )
- ④ 新生児期はどうでしたか？ 正常 異常 ( )
- ⑤ 今までの発達はどうか？ 正常 異常 ( )

2) 今までに受けた予防接種に○をして下さい。

- ・BCG ・ポリオ ( 1回 ・ 2回 )
- ・三種混合 (DPT) : 1期 ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ) 2期
- ・麻疹、風疹混合 (MR) : 1期 2期 3期
- ・麻疹 (はしか) ・風疹 ・おたふくかぜ ・水ぼうそう
- ・日本脳炎 : 1期 ( 1回 ・ 2回 ・ 追加 ) 2期
- ・その他 ( )

3) 今までにかかった病気に○印をしてください。

- 突発性発疹 おたふくかぜ 水ぼうそう 麻疹 風疹 喘息 アトピー性皮膚炎  
 じんましん 熱性けいれん  
 その他のけいれん疾患 ( )  
 その他大きな病気、または入院したことがあれば病名を書いてください。  
 ( )

4) 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 ( )

5) ご家族のご病気について当てはまるものがあれば○印をつけて下さい。

- 喘息 アレルギー疾患 腎臓病 糖尿病 心臓病 けいれん 高血圧 結核  
 その他 ( )

6) ご家族は喫煙されますか？ 吸わない 吸う ( 父 母 祖父母 )

7) その他ご心配なことがあればお書き下さい。

( )