# はじめてのかたに

年　月　日

お子様の氏名（フリガナ）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿【男・女】　生年月日（ S・H ）　年　月　日生

〒

ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　歳　か月

ご自宅Tel番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿保育園・幼稚園・託児所・学校

※　現在の体温 ＿＿＿＿＿℃（病院で測った体温を記入してください）※体　重 ＿＿＿＿＿kg

1　ぐあいの悪いところはどこですか。今日の診察で相談したいことを書いてください。

（いつ頃から　　）

（症状

　　）

2　現在、治療や投薬を受けている病気がありますか。

ない　　ある（　　）

3　周産期（２歳以下の方のみご記入ください）

・出生体重 ＿＿＿＿＿ g　　・在胎週数 ＿＿＿＿＿週

・妊娠経過　正常　　・分娩経過　正常

異常（　　）　　異常（　　）

4　予防接種（済んだものを○で囲んでください）

・ヒブ（１回・２回・３回・追加）　・肺炎球菌（１回・２回・３回・追加）　・ＢＣＧ

・４種混合（１回・２回・３回・追加）　・麻疹風疹混合（１期・２期）

・３種混合（１回・２回・３回・追加）　・２種混合

・ポリオ（生：１・２　不活化：１・２・３・追加）　・日本脳炎（１回・２回・３回・追加）

・ロタ（１回・２回・３回）　・Ｂ型肝炎（１回・２回・３回）　・おたふくかぜ

・水ぼうそう（１回・２回）

・その他（　　）

5　下記の病気をされましたか。（かかった病気に○をつけてください）

（　　）麻疹（はしか）　（　　）水ぼうそう　（　　）おたふくかぜ

（　　）喘息（治療中・治ゆ）　（　　）けいれん

（　　）手術歴 ＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　）その他 ＿＿＿＿＿＿

6　アレルギー（原因がわかっていましたらご記入ください）

（　　）アトピー　（　　）喘息　（　　）鼻炎　（　　）蕁麻疹

（　　）食物 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（　　）花粉 ＿＿＿＿＿＿＿＿　（　　）薬剤 ＿＿＿＿＿＿＿＿

7　薬の形のご希望がありましたら○をつけてください。

シロップ剤　・　粉末　・　錠剤