

# 初めて受診される方へ

今後の診察に必要ですので、わかる範囲でお答えください。

お名前：<sup>ふりがな</sup> (男・女)

生年月日： 年 月 日 ( 歳 カ月)

住所：〒 TEL — —  
FAX — —  
携帯 — —

出生時の体重： g 在胎週数： 週 現在の体重： kg

- A. 生まれたときに、何か心配なことがありましたか？  
ない・ある:あれば ( )  
分娩時のお母さまの状況 帝王切開・前期破水・その他( )
- B. 家族状況 兄弟( )人のうち、第( )子
- C. 発育や発達のことで気になることがありますか？  
ない・ある:あれば ( )
- D. 保育状況(園・校名を入れてください) 家庭保育、( 保育園),  
( 幼稚園), ( 小学校), ( 中学校), ( 高校)
- E. 今までに受けた予防接種の回数を書いてください。  
ヒブ( 回) 肺炎球菌( 回) ロタ( 回) B型肝炎( 回)  
三・四・種混合ワクチン( 回) BCG MR(麻疹・風疹混合)( 回)  
おたふくかぜ( 回) みずぼうそう( 回) 日本脳炎( 回)
- F. 今までにかかった伝染病は？  
おたふくかぜ みずぼうそう その他( )
- G. 今までにかかった病気には○、現在も継続している病気には◎をつけてください。  
喘息( ) アトピー性皮膚炎( ) アレルギー性鼻炎( ) 中耳炎( )  
熱性けいれん( ) 熱のないけいれん( ) その他( )
- H. 入院したことはありますか？(病名 年齢 入院先 )
- I. 咳が続き、ゼーゼー、ヒューヒューとなることがありますか？( ない・ある )
- J. 今、飲んでいる薬がありますか？( ない・ある )  
あれば: 病名は?( ) 薬の名前は?( )  
投薬先の病院は?( )
- K. 薬のアレルギーは?( ない・ある ) あれば薬の名前を( )
- L. 当院をどのようにして知られましたか？  
①知人の紹介 ②雑誌の記事 ③ネットで ④家族が来ている ⑤その他( )
- M. 本日はどのようにして来られましたか？  
①自家用車( 母・父 ) ②タクシー ③徒歩 ④自転車 ⑤その他( )
- N. その他に気になることがありましたらなんでもご記入下さい