



初めて受診される方へ

記入日 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日
御氏名			大昭平
御住所			年 月 日()
			電話
			(自宅) — —
			(携帯) — —

(No.)

①何人目のお子様ですか 第 () 子兄 (歳) 弟 (歳) 姉 (歳) 妹 (歳)

②ご家族に以下の病気の方はいますか、()内に父・母などの続柄をご記入ください(祖父母含む)

・喘息 ()	・アレルギー性鼻炎、花粉症 ()	・皮膚炎、蕁麻疹 ()
・糖尿病 ()	・高血圧 ()	・その他 ()

③お子様のかかったことのある病気に○をお願いします

・水ぼうそう	・おたふくかぜ	・喘息様気管支炎、喘息	・アレルギー性鼻炎、花粉症
・アトピー性皮膚炎、湿疹、食物アレルギー ()			・蕁麻疹
・けいれん(熱性 回 無熱性 回)			
・薬のアレルギーはありますか(いいえ ・ はい ...)			・その他 ()

④妊娠中異常はありましたか (いいえ ・ はい ...)

⑤分娩時異常はありましたか (いいえ ・ はい ...)

⑥在胎週数 (週) ⑦出生時体重 (g)

⑧新生児期異常はありましたか (いいえ ・ はい ...)

⑨発達の遅れがあるとされたことはありますか (いいえ ・ はい ...)

⑩接種済みの予防接種に○をお願いします

・ロタ(1、2)	・BCG	・ヒブ(1、2、3、追)	・肺炎球菌(1、2、3、追)	・DPT(1、2、3、追)
・不活化ポリオ(1、2、3、追)	・生ポリオ (1、2)	・4種混合(1、2、3、追)		・MR(1、2)
・日本脳炎(1、2、追、Ⅱ期)	・DT	・みずぼうそう	・おたふく	・その他 ()

あかね小児科クリニック