



# 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			昭平令 年 月 日( 歳)
御住所			電話 (自宅) — — (携帯) — —

(No. )

①何人目のお子様ですか 第( )子兄( 歳) 姉( 歳)  
弟( 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( )	・アトピー性皮膚炎( )
・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、3)	・B型肝炎(1、2、3)	・肺炎球菌(1、2、3、追)	・ヒブ(1、2、3、追)
・4種混合(1、2、3、追)	・5種混合(1、2、3、追)	・BCG	・MR(1、2)
・日本脳炎(1、2、追、Ⅱ期)	・DT	・みずぼうそう(1、2)	・おたふく(1、2)
			・その他( )