

年 月 日

初めての方へ

お子様の状態を把握するため、以下の質問にお答えください。

お答えいただいた内容は基礎情報としてカルテに保存し、今後の参考にさせていただきます。

お名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 年 月 日(才) 第()子

ご住所 〒 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____
緊急連絡先 _____ (氏名・続柄等 _____)

園・学校の名前 _____

1. 生まれたとき

妊娠中の状態 正常・異常・・・妊娠中毒症、薬の服用、入院、その他(_____)

出生時の状態 出生体重(_____ g)
予定日通り・予定日より(_____ 日早い) / (_____ 日遅い)
正常・異常・・・帝王切開、保育器使用、点滴、すぐに泣かなかった、酸素使用
黄疸が強かった
その他(_____)

2. 予防接種(受けたものに○をつけてください)

【予防接種履歴をスマホの予約システムに入力する方は、ご記入不要です】

BCG 生ポリオ(1期・2期) 不活化ポリオ(1回・2回・3回・追加)
三種混合(1回・2回・3回・追加) 四種混合(1回・2回・3回・追加) 五種混合(1回・2回・3回・追加)
Hib(1回・2回・3回・追加) 肺炎球菌(1回・2回・3回・追加)
MR(麻疹・風疹混合)(1期・2期) 麻疹単独 風疹単独
日本脳炎(1回・2回・追加・第2期) おたふくかぜ(1回・2回) 水痘(1回・2回) 二種混合
ロタリックス(1回・2回) / ロタテック(1回・2回・3回) B肝(1回・2回・3回)

3. 健診(受けたものに○をつけてください)

1ヶ月 / 4ヶ月 / 7ヶ月 / 10ヶ月 / 1才 / 1才半 / 2才 / 3才児健診

4. これまでにかった主な病気に○をつけてください

水痘 ・ おたふくかぜ ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 突発性発疹 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎
心臓病 ・ ひきつけ(痙攣) ・ 中耳炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 副鼻腔炎
その他(_____)

5. 入院／手術を受けたことがあれば教えてください

いつ頃(_____) 病名(_____)

6. お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？

はい / いいえ
はいの場合・・・お薬や食べ物(_____) 症状(_____)

7. 診察に際して配慮すべきことがありましたら、ご記入ください。

(_____)

8. ご家族について

結核、喘息、アレルギー性鼻炎、食物アレルギー、花粉症、遺伝性の病気、精神・神経の病気
その他(_____)
喫煙者はおられますか？いいえ・はい(どなたですか？ _____)

県外、遠方よりお越しの方は、滞在先のご住所(帰省先など)をご記入ください。

〒 _____ ご協力ありがとうございました。