

初めて受診される方へ

記入年月日 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 **H・R** 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 ☎ 自宅 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

家族構成 父 \_\_\_\_\_ 歳 母 \_\_\_\_\_ 歳 兄弟姉妹 \_\_\_\_\_

同居人数 \_\_\_\_\_ 人 ペット種類 (なし・あり \_\_\_\_\_)

家族の病気 \_\_\_\_\_

妊娠経過 (問題なし・問題あり \_\_\_\_\_)

出産 出生体重 \_\_\_\_\_ g 在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 日

骨盤位、吸引分娩、帝王切開、仮死、黄疸

その他 \_\_\_\_\_

1) 今までに受けた予防接種に○をつけて下さい。

BCG、ポリオ (1回、2回)、不活化ポリオ (1回、2回、3回、4回)

三種混合 (I期初回1回、2回、3回、追加) 四種混合 (I期初回1回、2回、3回、追加)

二種混合II期

麻疹風疹混合 (1回、2回) 麻疹 (1回、2回) 風疹 (1回、2回)

水ぼうそう (1回、2回) おたふくかぜ (1回、2回) ロタウイルス (1回、2回、3回)

日本脳炎 (I期初回1回、2回、I期追加、II期) B型肝炎 (1回、2回、3回)

ヒブワクチン (1回、2回、3回、4回) 肺炎球菌 (1回、2回、3回、4回)

※予防接種の副作用 なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

2) 今までにかかった病気がありますか。

突発性発疹 \_\_\_\_\_ 歳 麻疹 \_\_\_\_\_ 歳 風疹 \_\_\_\_\_ 歳 水ぼうそう \_\_\_\_\_ 歳

おたふくかぜ \_\_\_\_\_ 歳

熱性けいれん \_\_\_\_\_ 歳 喘息 \_\_\_\_\_ 歳 アトピー性皮膚炎 \_\_\_\_\_ 歳

その他 ( \_\_\_\_\_ )

3) 定期的に通院されている病院があればご記入ください。 ( \_\_\_\_\_ )

★定期的に飲んでいる薬 \_\_\_\_\_

4) アレルギーの症状が出たことがありますか。特定の食べ物などで調子が悪くなったことがありますか。

なし・あり \_\_\_\_\_

5) 今、集団生活をされていますか。(無・有)

有の場合よろしければご記入ください。

\_\_\_\_\_ 保育園・幼稚園 \_\_\_\_\_ 組

\_\_\_\_\_ 小学校・中学校 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組

その他 \_\_\_\_\_

ご記入ありがとうございました。