



はじめて受診される方へ

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 氏名	_____	男・女	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()歳 ()ヶ月
住所	〒 _____	電話 (自宅) ----- (携帯)	
家族構成	父()歳、母()歳、同居人数()人 ★お子さん全員の年齢と、本日受診されたお子さんに○印をつけてください。 第1子()歳、第2子()歳、第3子()歳、第4子()歳 ★ペットを飼っておられますか？ (はい [イヌ ネコ その他] ・ いいえ)		
家族の病気 (○印)	結核 ・ 喘息 ・ アレルギー ・ その他() ★同居されている方で、タバコを吸われる方はいますか？(はい ・ いいえ)		
妊娠中	正常 ・ 異常()		
出産	正常 ・ 異常() 出生時体重()g、仮死(有 ・ 無)、黄疸(普通 ・ 強い)		
発達	正常 ・ 異常()		
今までにかかった病気 (○印)	突発疹 ・ 麻疹(はしか) ・ 風疹(3日はしか) ・ 水痘(みずぼうそう) 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・ 川崎病 ・ けいれん ・ 喘息 アトピー性皮膚炎 ・ その他()		
アレルギー	無 ・ 有()		
予防接種 (済みのものに○印)	ヒブ(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)、肺炎球菌(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) BCG、3種混合(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)、2種混合(DT) 生ポリオ(1回 ・ 2回)、不活化ポリオ(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) 4種混合(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)、日本脳炎(1回 ・ 2回 ・ 追加 ・ II期)、 麻しん風しん混合(MR)(1回 ・ 2回)、水痘(1回 ・ 2回) おたふく(1回 ・ 2回)、ロタ(1回 ・ 2回 ・ 3回)、B型肝炎(1回 ・ 2回 ・ 3回) その他()		

2012. 8