

フリガナ 氏名	男 ・ 女	生年月日	H	年	月	日	年齢	歳 ヶ月
住所	〒						電話番号	
							携帯	
身長	cm	体重	kg	体温	℃			

※下記質問にて該当するものにチェックをつけて下さい。

① 本日はどうなさいましたか。

熱 咳 鼻水 嘔吐 下痢 腹痛 発疹 育児相談 その他()

→それはいつ頃からですか

今日から 昨日から ___日前から 1週間前から 2週間前から 1ヶ月前から

② お子様の状態は。

食欲 → 普通 やや不良 不良

③ ご家族の中で病歴がある方いらっしゃいましたらご記入下さい。

父 () 歳 病歴 ()

母 () 歳 病歴 ()

兄弟 () 歳 病歴 () (男・女)

兄弟 () 歳 病歴 () (男・女)

兄弟 () 歳 病歴 () (男・女)

④ 出生時の病気・異常はありますか。 いいえ はい

在胎週数 () 週 () 日 出生体重 () g ()

⑤ 今までにかかった病気はありますか。

突発性発疹 おたふくかぜ 水痘 肺炎 喘息

アトピー性皮膚炎 痙攣 その他 ()

⑥ アレルギーはありますか。 いいえ はい

→いつ頃から発症しましたか () 歳から

食物 () 薬物 ()

アトピー性皮膚炎 鼻炎 喘息 その他 ()

⑦ 今までにおこなった予防接種は。

Hib 肺炎球菌 三・四種混合 ポリオ BCG MR 日本脳炎

水痘 おたふくかぜ 二種混合 B型肝炎 ロタ インフルエンザ その他 ()

