

年 月 日

こんにちは。診察時に参考となるものです。ぜひご記入下さい。

フリガナ

お名前 男・女
生年月日 平成 年 月 日 生まれ 才 ヶ月
ご住所 〒 _____

電話番号 () _____
携帯番号 _____

- 1、 本日はどのような心配で来院されましたか？
()
- 2、 いつからですか？
()
- 3、 このことで、これまでかかった病院・医院がありますか？
(ない / ある : _____病院・医院)
- 4、 通っているのは
_____保育園 _____幼稚園 _____小学校 _____中学校
- 5、 お母様の妊娠中、出産前後に何か異常がありましたか？
(ない / あった : _____)
- 6、 新生児期に、何か異常がありましたか（仮死・黄疸など）？
(ない / あった : _____)
- 7、 出生時と、発達に関してご記入ください。
在胎週数 (週)、出生体重 (g)
首すわり (ヶ月)、おすわり (ヶ月)、ひとり歩き (ヶ月)
- 8、 乳児期の栄養法を丸で囲んでください。
母乳 ミルク 混合
- 9、 これまでに受けた予防接種についてご記入ください。
BCG、四種混合、B型肝炎、ロタワクチン、ヒブ、肺炎球菌、麻疹風疹混合、
日本脳炎Ⅰ期・追加・Ⅱ期、水ぼうそう、
おたふくかぜ、インフルエンザ、その他 ()
- 10、今までに、どんな病気にかかりましたか？
はしか、おたふくかぜ、水ぼうそう、風疹、百日咳、川崎病、溶連菌感染症
その他 () ウラへ

- 11、手術を受けたことはありますか？
(ない / ある : 何の _____ いつ _____ 歳)
- 12、ひきつけを起こしたことがありますか？
(ない / ある : どんな時に _____
歳ごろから _____ 回くらい)
- 13、薬を飲んで発疹が出たり下痢をしたことがありますか？
(ない / ある : 何の薬で _____)
- 14、食べ物のアレルギーはありますか？
(ない / ある : 牛乳、卵、その他 _____)
- 15、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎など、アレルギー疾患はありますか？
(ない / ある : _____)
- 16、ご家族、ご親戚で大きな病気をした方、アレルギーのある方（薬のアレルギー含む）は、いますか？
(いない / いる : _____)
- 17、お母様は、現在妊娠していますか？
(いない / している : _____ ヶ月)
- 18、その他、特に心配なことがあればお知らせください。
(例：習癖、行動、心理面、家庭内の悩み、育児疲れ、希望 など)
- 19、差し支えなければお答えください。当院をどのようにしてお知りになりましたか？
1. 紹介 (紹介者のお名前 _____ 様)
その方との関係は？ (家族 ・ 親戚 ・ 友人 ・ その他)
 - 2.電柱などの広告を見た
 - 3.電話帳広告を見た
 - 4.インターネットで調べた
 - 5.その他 (_____)

ありがとうございました。順番までもうしばらくお待ちください。

なお、喘息、高熱、吐き気、下痢など症状の強い方、緊急を要する方は遠慮せずに申し出て下さい。

なおみ&ふじおクリニック