

ふりがな

氏名

年齢

歳

ヶ月

以下の項目について、記載または○をつけて下さい

お子さんの様子を教えてください

出生時の身長と体重	cm	g
出生時の妊娠週数	週	
出生時に異常がありましたか	はい・いいえ	
はいと答えた方はどのようなことでしたか		

これまでの様子を教えてください

乳幼児健康診断は受けていますか	はい・いいえ
はいの方は、受けた健康診断を教えてください	1ヶ月・4ヶ月・7ヶ月・10ヶ月・1歳 1歳半・2歳・3歳・その他()
健診で何か指摘を受けたことはありますか	はい・いいえ
はいの方はどのような指摘でしたか	
母乳やミルクをのんでいますか	はい(母乳・ミルク・混合)・いいえ

今までのかかった病気を教えてください

どんな病気にかかったことがありますか	突発性発疹・水痘・おたふく・はしか・風疹 百日咳・小児喘息・アトピー性皮膚炎 その他()		
入院歴はありますか	はい・いいえ		
はいと答えた方は、 いつ頃、何の病気でどちらに入院しましたか	歳ころ	病名	病院
	歳ころ	病名	病院
	歳ころ	病名	病院
食べ物や薬などにアレルギーはありますか	はい・いいえ		
はいの方は原因は何ですか			
ひきつけ(痙攣)を起こしたことがありますか	はい・いいえ		
はいと答えた方はどんな様子でしたか	熱性痙攣・その他	回数	回

これまでに受けた予防接種を教えてください

ロタワクチン	回	水痘	回
ヒブワクチン	回	おたふく	回
肺炎球菌ワクチン	回	日本脳炎	回
4種混合ワクチン	回	子宮頸癌ワクチン	回
B型肝炎	回	BCG	回
MRワクチン	回	その他	回

家族構成について教えてください

父	歳	弟	歳
母	歳	妹	歳
兄	歳	その他	歳
姉	歳		歳