

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

受診の理由を教えてください

保護者の方が困っていることはありますか

お子さんの様子を教えてください

出生時の体重

g

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

歩行できるお子さんは、歩き始めはいつ頃ですか

歳

ヶ月

通園・通学の様子を教えてください

ヶ月・歳から

ヶ月・歳

保育園・幼稚園

歳から

歳

保育園・幼稚園

歳から

歳

小学校

歳から

歳

中学校

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

食べ物や薬などにアレルギーはありますか

はい・いいえ

はいと答えた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