



はじめて受診される方へ①

記入日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	生年月日 平成 年 月 日
住所	〒 -	電話 (自宅) - -	
		(携帯)	
家族構成	父： 歳 / 母： 歳 子どもは全員で： 人 この子は： 番目		
家族の病気 (○印)[誰が]	食物アレルギー []、アトピー性皮膚炎[]、 喘息[]、アレルギー性鼻炎[]、 熱性けいれん[] その他 ()		
出産	正常・帝王切開・仮死・その他 () 出生時体重 _____ g 在胎週数 _____ 週 栄養：母乳・ミルク・混合		
発達	正常 ・ その他 ()		
今までにかか った病気 (○印)	食物アレルギー (どんな食物) アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 その他のアレルギー ()		
	突発疹 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふく 川崎病 ・ 熱性けいれん その他 ()		
予防接種 (済んだ回数 に○)	ヒブワクチン：(1回・2回・3回・4回) 肺炎球菌ワクチン：(1回・2回・3回・4回) 麻疹風疹(MR)ワクチン：(1回・2回)		

今までの成長・発達や、その他の予防接種歴を拝見させていただくことがありますので、母子健康手帳を必ず持参してください。

はじめて受診される方へ②（本日の体調）

主な症状に○印をつけて、いつから、どのような様子かを記入してください。

症 状	いつから	様 子
熱		最高 ℃
咳		ぜーぜー（有・無）
鼻汁		
嘔吐		1日 回
下痢		1日 回 色（黄色・白色・血が混ざる）
腹痛		
発疹		
その他		

現在の状態 水分摂取（ふつう・悪い）
食事摂取（ふつう・悪い）
他院にかかっている（はい・いいえ）

園や学校で流行している病気がある（はい・いいえ）

【それは何ですか？

】