



はじめて来院された方へ

平成 年 月 日

| | | | |
|------|---|-------------|----------------|
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 昭和・平成 年 月 日生まれ |
| お名前 | | | |
| ご住所 | 〒 | 電話 | ご自宅 |
| | | | 携帯 |

1 出生時のようにすについて

在胎週数：____週____日 出生体重_____g (帝王切開・吸引分娩)

お産の時に何か問題がありましたか？(「はい」の場合はその内容をお書き下さい)
はい・いいえ ()

2 予防接種(済んでいるものには□にチェック)

□ ヒブ □ 肺炎球菌 □ B型肝炎 □ ロタウィルス □ 四種混合 □ 三種混合 □ ポリオ
□ BCG □ 麻疹風疹(1期・2期) □ おたふく(1期・2期) □ 水痘(1期・2期)
□ 日本脳炎(____回) □ A型肝炎 □ 子宮頸癌 □ その他(_____)

3 今までに大きな病気にかかったり、今も治療中の病気はありますか？

病名：

入院先・診療先の病院名：

4 次の病気にかかったことがありますか？(かかったものには□にチェックしその年齢を)

□ 百日咳(____才) □ 突発性発疹(____才) □ 麻疹(____才) □ 風疹(____才)
□ おたふくかぜ(____才) □ 水痘(____才) □ 仮性クループ(急性喉頭炎)(____才)
□ 熱性けいれん(ひきつけ)(初めてけいれんは____才 最後は____才)(計____回)
□ 中耳炎(____才) □ 溶連菌感染症(____才)

5 アレルギーについて

I. 注射や薬、食べ物などで発疹などの異常をきたしたことがありますか？(ある・ない)

ある場合は原因となったものの名前と症状を記入して下さい。

II. 下記の病名をいわれたことがありますか？(あれば□にチェックし初めての年齢を)

| | |
|-------------------|-------------------|
| □ 気管支喘息(____才) | □ アトピー性皮膚炎(____才) |
| □ アレルギー性鼻炎(____才) | □ 食物アレルギー(____才) |

6. 発達障がいや「パニックになりやすい」などの診察上配慮した方がよいことはありますか？

ない・ある(具体的に_____)

7. ご家族方について

ご兄弟のお名前と年齢をお教え下さい(当院受診の場合はカルテ番号もお書き下さい)

兄・姉：_____

妹・弟：_____

ご家族の方で現在治療中の病気や慢性疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？

お父さん() お母さん()

ご兄弟・姉妹()

祖父母()

