



# 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룹（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（\_\_\_\_\_）

