

はじめて来院された方へ

(下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください。)

年 月 日

ふりがな		男・女	年 月 日生
お名前			被保険者(世帯主)との続柄
ご住所	〒		電話 ()

1. 今日どのようなことでこられましたか？

熱 (_____ 度) , せき, 鼻水, 下痢, 嘔吐, 腹痛, 頭痛, 発疹, のどの痛み, 食欲がない, 血便, その他 _____

・その症状はいつから始まりましたか _____

2. 出生時のようすについて

出生時体重 (_____ g) , 分娩時・出生時の状態 (正常・異常)

予定日より (_____ 日) →早かった, 遅かった, 予定日通り

3. 今まで病気にかかったことがありますか？

百日咳, はしか(麻疹), みずぼうそう(水痘), おたふくかぜ(流行性耳下腺炎), 風疹, 突発性発疹症, ひきつけ, その他 _____

4. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない, ある(その病名: _____)

5. 今までに受けた予防接種はありますか？

BCG, 麻疹風疹混合ワクチン, みずぼうそう, おたふく, 日本脳炎, Hib, 肺炎球菌四種混合, ポリオ(生, 不活化), B型肝炎, ロタ, 三種混合

6. 下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されたことがありますか？

気管支ぜんそく, アレルギー性鼻炎, アトピー性皮膚炎, じんましん, 食物アレルギー

7. ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方がいますか → いる, いない, わからない

大きな病気や慢性病にかかった方はいますか → いる, いない, わからない

8. 体質について

・食べ物, 薬, 注射等で発疹がでたことがありますか

ない, ある(品名 _____)

・よく風邪をひく, よく熱を出す, よく下痢をする, ゼーゼーいいやすい

9. どんなお乳で育てましたか → 母乳, 人工乳, 混合

10. 乳幼児の発育について

笑う (_____ カ月), 首のすわり (_____ カ月), お座り (_____ カ月)

歩きはじめ (_____ カ月)

11. 当院を何でお知りになりましたか？

駅看板, 新聞おりこみ広告, 人に聞いて, インターネット, その他 (_____)