

お子様の氏名_____ (□男 □女) / 生年月日：平成____年____月____日
年齢：__才__か月 / 出生時体重：_____g / 現在の体重_____Kg 身長_____cm 体温_____度

1. 何がきっかけとなり当院に来られましたか？

当院ホームページを見て 病院検索サイトやクチコミサイトなどを見て それ以外のインターネットで見て 医院や看板などを見て パンフレット、チラシなどを見て 電話帳を見て 家・職場(学校)から近いから 知人・家族の紹介(ご紹介者名：_____様) 以前、通院していた その他

2. 本日は、どうされましたか？

発熱 咳 鼻水(□透明・□黄色) 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 腹痛 頭痛 発疹 蕁麻疹□その他()
→ その症状はいつからですか？()
→ 他に何か相談したいことはありますか？()

3. 予防接種で済んでいるものをわかる範囲で選んでください。

DPT(□1期 回目 □1期追加) DT2期 BCG 不活ポリオ(□1期 回目 □1期追加)
ポリオ生ワクチン 4種(DPT ポリオ)(□1期 回目 □1期追加) ロタウイルス
ヒブワクチン(□1期 回目 □1期追加) MR(□1期 □2期) 肺炎球菌(□1期 回目 □1期追加)
水痘 おたふく 日本脳炎(□1期 回 □1期追加 □2期) 子宮頸癌ワクチン
その他()

4. これまでにかった病気を選んでください。

麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ 突発性発疹 中耳炎 ぜんそく その他()

5. けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？

無 有()

6. アレルギーがありますか？

無 有()

7. 家族の方に大きな病気やアレルギーがありますか？

無 有()

8. 現在何か薬を飲んでいますか？

無 有()