



はじめて受診される方へ

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	生年月日 年 月 日
住所	〒		電話 (自宅) - -
			(携帯)
家族構成	父： 歳 / 母： 歳 / 同居人数： 人 兄弟全員で： 人 / この子は： 番目		
家族の病気 (○印)	喘息、 アトピー性皮膚炎、 アレルギー性鼻炎、 熱性けいれん、 てんかん 糖尿病、 高血圧、 心臓病、 肝炎、 結核 その他 ()		
妊娠中	正常・異常 (高血圧・蛋白尿・その他く)		
出産	正常・異常 (逆子・吸引・帝王切開)		
	出生時体重 g 仮死 (有・無) / 黄疸 (普通・強い)		
発達	正常・異常 ()		
予防接種 (済みのものに√印)	口タ (1回・2回・3回)		肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加)
	ヒブ (1回・2回・3回・追加)		四種(三種)混合 (1回・2回・3回・追加)
	BCG (未・済) 二種混合 (未・済)		B型肝炎 (1回・2回・3回)
	不活化ポリオ (1回・2回・3回・追加)		麻疹風疹 (一期・二期)
	水ぼうそう (1回・2回)		おたふくかぜ (1回・2回)
	日本脳炎 (1回・2回・追加・二期)		子宮頸がん (1回・2回・3回)
今までにかかった病気 (○印)	突発疹・麻疹・風疹・水痘・おたふく 川崎病・喘息・アトピー性皮膚炎・熱性けいれん・てんかん その他 ()		
アレルギー	無・有 (食品く) くすりく) その他く)		