



# はじめて受診される方へ

記入日 年 月 日

|                    |  |                             |                    |
|--------------------|--|-----------------------------|--------------------|
| フリガナ<br>氏名         |  | 男・女                         | 生年月日<br>( )歳 ( )ヶ月 |
| 住所                 | 〒 -  | 電話<br>(自宅)<br>-----<br>(携帯) |                    |
| 家族構成               | 父( )歳、母( )歳、同居人数( )人<br>★ お子さん全員の年齢と、本日受診されたお子さんに○印をつけてください<br>第1子( )歳、第2子( )歳、第3子( )歳、第4子( )歳   |                             |                    |
| 家族の病気<br>(○印)      | 結核 ・ 喘息 ・ アレルギー ・ その他( )<br>★ 同居されている方で、タバコを吸われる方はいますか?( はい ・ いいえ )  |                             |                    |
| 妊娠中                | 正常 ・ 異常( )   |                             |                    |
| 出産                 | 正常 ・ 異常( )<br>出生時体重( )g、仮死( 有 ・ 無 )、黄疸( 普通 ・ 強い )  |                             |                    |
| 発達                 | 正常 ・ 異常( )   |                             |                    |
| 今までにかかった病気<br>(○印) | 突発疹 ・ 麻疹(はしか) ・ 風疹(3日はしか) ・ 水痘(みずぼうそう)<br>流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・ 川崎病 ・ けいれん ・ 喘息<br>アトピー性皮膚炎 ・ その他( )   |                             |                    |
| アレルギー              | 無 ・ 有( )   |                             |                    |
| 予防接種<br>(済みのものに○印) | 3種混合：I期( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ I期追加 ・ II期(2種混合)<br>BCG、ポリオ( 1回目 ・ 2回目 )<br>麻疹( 1回目 ・ 2回目 )、風疹( 1回目 ・ 2回目 )<br>麻疹風疹混合(MR)：1回目( )歳 ・ 2回目( )歳<br>日本脳炎：I期( 1回目 ・ 2回目 ) ・ I期追加 ・ II期(小4)<br>水痘、おたふく、ヒブ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目 )<br>その他( ) |                             |                    |