

はじめてのかたに

小児用

平成 年 月 日

フリガナ 氏名		男	生年	年	月	日生
		女	月日	平成	歳	ヶ月
住所						
自宅 tel		携帯				
身長	cm	体重	kg	体温		

- いつからどのような症状がありますか？（簡単にお書きください）
- 現在、治療や投薬を受けている病気はありますか？
はい（病名 _____）
いいえ
- 今まで薬や注射でアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったり）が出たことがありますか？
はい（薬・注射名 _____）
いいえ
- アレルギーにかかったことがありますか？
はい 食物・花粉症・アトピー性皮膚炎・その他（ _____ ）
いいえ
- 今までにやった予防接種（○をつけてください）
BCG・ポリオ・三種混合（Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期、追加）・二種混合MR（麻疹・風疹混合ワクチン）・麻疹・風疹・おたふく・水痘
この冬のインフルエンザ・日本脳炎
- 今までにかかった病気（○をつけてください）
百日咳・麻疹・みずぼうそう・おたふくかぜ・風疹・喘息
- けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか？
はい（ _____ ）
いいえ
- 出生時期・新生児期に何か異常がありましたか？
はい（ _____ ）
いいえ