

はじめてのかたに

小児用

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		男	生年 月 日	平成	年	月	日
		女		令和		歳	
住所	〒						
自宅 tel		携帯		職業			
身長	cm	体重	kg	体温			

1. 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）

2. 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

3. 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

4. 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

5. 今までに接種した予防接種（○をつけてください）

ロタウイルス・B型肝炎・小児肺炎球菌・ヒブ・四種混合
BCG・MR（麻疹・風疹混合ワクチン）・水痘・日本脳炎
二種混合・子宮頸がん・おたふく

6. 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
その他 (_____)

7. 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

8. 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

9. 来院されたきっかけを教えてください。

ホームページ・ご家族が通院されている・看板

紹介（知人・病院： _____）・その他 (_____)

10. その他

希望事項 (_____)