

初めて受診される患者さんへ

下記をご記入あるいは○印を付けていただき、当院受付までお持ち下さい。



むらい

リゅうたろう こどもクリニック

小児科 アレルギー科

記入日： 年 月 日

フリガナ 氏 名	男 女	生年月日：H 年 月 日 (歳 ヶ月) () 人兄弟の () 番目 体重 () kg
住 所		電話 自宅 () 携帯 ()
1. ご家族へのご質問です。 ・喫煙者はおられますか？ あり (家の中・家の外)・なし ・ペットはいますか？ (はい ・ いいえ) ・アレルギー体質 (喘息・じんましん・アトピー性皮膚炎・鼻炎・結膜炎・花粉症) の方は各々どなたですか？ () ・けいれん・心臓病・腎臓病・血液疾患・糖尿病・結核・肝臓病・遺伝性疾患方はおられますか？ () その他 ()		
2. 発育歴について ① 出 生：() 週 () 日で出生 出生時の体重 () g ② 黄疸 (なし・普通・光線療法・交換輸血) ③ 発達発育について ・首がしっかりしたのは () ヶ月 ・意味のある言葉を話すようになったのは () ヶ月 ・ひとりで歩けたのは () ヶ月 ・初潮は () 才		
3. かかった事がある病気に○して下さい。 ・突発性発疹 ・はしか ・風疹 ・水痘 ・おたふくかぜ ・百日咳 ・肺炎、気管支炎 ・けいれん、熱性痙攣、てんかん ・自家中毒 ・ぜんそく ・アトピー性皮膚炎 ・その他アレルギー性疾患 (鼻炎、結膜炎、じんましんなど) ・その他大きな病気、または入院したことがあればご記入下さい。()		
4. 予防接種について ① BCGを接種は (歳 ヶ月) 頃 ② ポリオワクチン 生： 未 ・ 飲んだ (1 回 ・ 2 回) 注射： 未 ・ 済み (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加) ③ Hib ワクチン： 未 ・ 済み (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加) ④ 肺炎球菌ワクチン： 未 ・ 済み (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加) ⑤ 三種混合ワクチン Ⅰ期： 未 ・ 済み (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加) Ⅱ期： 未 ・ 済み ⑥ はしか風疹 (MR) 混合ワクチン Ⅰ期： 未 ・ 済み はしか (単独)： 未 ・ 済み、風疹 (単独)： 未 ・ 済み ⑦ おたふくかぜワクチン： 未 ・ 済み ⑧ 水ぼうそうワクチン： 未 ・ 済み ⑨ 日本脳炎ワクチン Ⅰ期： 未 ・ 済み (1 回 ・ 2 回 ・ 追加) Ⅱ期： 未 ・ 済み ⑩ その他 (ロタ・B型肝炎・子宮頸がん・シナジス他)		
5. 今までに内服薬や注射をした時に、何か異常が出た事がありますか？ ・特になし ・発疹が出た ・その他 () ・その薬品名は何ですか？ ()		