はじめて来院された方へ

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。
尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。　　平成　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平　　年　　月　　日生	
お名前	様		被保険者(世帯主)との続柄	
ご住所	〒	電話	自宅 (　　) 携帯(緊急連絡先) (　　)	

1．今日はどのようなことでこられましたか？
熱(　　度)，せき，鼻水，下痢，嘔吐，腹痛，頭痛，発疹，のどの痛み，食欲がない，
血便，育児相談，その他＿＿＿＿＿＿＿＿
・その症状はいつから始まりましたか＿＿＿＿＿＿＿＿

2．出生時のようすについて
出生時体重（　　g），分娩時・出生時の状態（ 正常・異常 ）
予定日より（　　日）→早かった，遅かった，予定日通り

3．今まで病気にかかったことがありますか？
百日咳，　はしか(麻疹)，　水痘(みずぼうそう)，　ムンプス(おたふくかぜ)，　風疹，
突発性発疹症，ひきつけ，その他＿＿＿＿＿＿＿＿

4．今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？
ない，　　ある(その病名：　　)

5．今までに受けた予防接種はありますか？
ＢＣＧ，ポリオ(１.２.３回，追加)，三種混合(１.２.３回，追加)，四種混合(１.２.３回，追加)，
二種混合，Ｂ型肝炎(１.２.３回)，ロタウイルス(１.２.３回)，小児肺炎球菌(１.２.３回，追加)，
ヒブ(１.２.３回，追加)，ＭＲ(麻疹.風疹)(１.２回)，日本脳炎(１.２回，追加，２期)，
水痘(みずぼうそう)(１.２回)，　ムンプス(おたふくかぜ)(１.２回)，ヒトパピローマウイルス(１.２.３回)

6．下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されたことがありますか？
気管支ぜんそく，　アレルギー性鼻炎，　アトピー性皮膚炎，　じんましん，　食物アレルギー

7．ご家族の方の病気について
アレルギー体質の方がいますか → いる，　いない，　わからない
大きな病気や慢性病にかかった方はいますか → いる，　いない，　わからない

8．体質について
・食べ物，薬，注射等で発疹が出たことがありますか
ない，　　ある（品名　　）
・よく風邪をひく，よく熱を出す，よく下痢をする，ゼーゼーしやすい

9．どんなお乳で育てましたか → 母乳，　人工乳，　混合

10．乳幼児の発育について
笑う（　　ヵ月)，　首のすわり（　　ヵ月)，　お座り（　　ヵ月）
歩きはじめ（　　ヵ月）

11．どちらの学校，幼稚園，保育園に通われていますか？（　　）

12．当院を知ったきっかけは何ですか？
ネット検索（ホームページ，　その他のサイト　　），　知人の紹介，　買い物のついで
近隣に住んでいる，　新聞の折り込み，　その他（　　）

13．来院方法は何ですか？
徒歩，　自転車，　自家用車，　バス，　電車，　タクシー

井上こどもクリニック

シンリョウ