

ふりがな -----

お子さま氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年 齡 満 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月 第 \_\_\_\_\_ 子

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_ (父・母)

ご通園・ご通学先 \_\_\_\_\_

当院を受診されたことのあるごきょうだいのお名前をご記入ください

現在のお子さまの  
 体重 \_\_\_\_\_ kg  
 身長 \_\_\_\_\_ cm  
 体温 \_\_\_\_\_ °C

(1) 本日はどうされましたか。○をしてください。

熱 ・ せき ・ たん ・ ぜいぜい ・ はなみず ・ 便秘  
 はきけ ・ おうと ・ げり ・ おなかが痛い ・ 頭が痛い ・ ほっしん ・ その他

(2) 具体的な症状は？ 例) 2日前より発熱 下痢 嘔吐 など

[ \_\_\_\_\_ ]

(3) 今までにかかったことのある病気に○をして下さい。 特になし

心臓病 ・ 腎臓病 ・ 熱性けいれん ・ てんかん ・ 尿路感染症 ・ 川崎病  
 中耳炎 ・ クループ ・ 手術 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 月 ) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

(4) 今までにかかったことのある感染症に○をして下さい。 特になし

はしか ・ 風しん ・ おたふくかぜ ・ みずぼうそう ・ 百日咳 ・ 結核  
 RSウイルス ・ 突発性発疹 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

(5) 今までにかかったことのあるアレルギー疾患に○をして下さい。 特になし

アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 (喘息様気管支炎・咳喘息など) ・ 食物アレルギー  
 アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ 花粉症 ・ 蕁麻疹

(6) ご家族や親戚の方で下記の病気の方はいらっしゃいますか？ 特になし

アレルギー ・ けいれん ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

(7) 出生時の状況について教えてください。

出生体重 \_\_\_\_\_ g 生まれたときの週数 \_\_\_\_\_ 週

赤ちゃんに異常がありましたか？ なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

(8) 薬・食べ物・予防接種などにアレルギーはありますか？

いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ )

(9) その他 何かご不明な点やご心配な点がございましたらご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]