

— 初めて受診される方へ〔乳幼児・小学生の方用〕 ID _____

記入日 平成 年 月 日

ご面倒ですが、診察時の参考として必要ですので、ご記入ください。

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日生 (歳 力月)
現住所	〒	連絡先電話番号 (自宅) (携帯)	
通園・通学施設名 (あれば) () 保育園・幼稚園・小学校〔 年〕			
家族構成	同居している人に○をつけてください。(きょうだい、兄○歳というように記入ください) 父親、母親、きょうだい() 祖父、祖母、その他()		
家族の喫煙	同居している人の中で喫煙している人に○をつけてください。 父親、母親、祖父、祖母、その他()		
出生時の状況	出生時週数 () 週 出生時体重 () g 出生直後の状況はいかがでしたか。あてはまるところに○をつけてください。 1. 特に何もなく退院した。 2. 何らかの治療をした。 (わかる範囲で) 3. NICU(新生児集中治療室)に入った。 4. その他()		
予防接種の 接種状況	すでに受けたものに全て○をつけてください。 ・ BCG ・ ポリオ(生ワクチン)：1回目、2回目 ・ 不活化ポリオ：1回目、2回目、3回目、追加 ・ ヒブワクチン：1回目、2回目、3回目、追加 ・ 肺炎球菌ワクチン：1回目、2回目、3回目、追加、補助的追加 ・ ロタウイルスワクチン：1回目、2回目、3回目 ・ 三種混合 DPT : 1回目、2回目、3回目、追加 ・DT ・ 四種混合 DPT+IPV : 1回目、2回目、3回目、追加 ・ MR ワクチン(麻疹+風疹)：1期、2期 ・ 麻疹(はしか) ・ 風疹(みっかはしか) ・ 水痘(みずぼうそう) : 1回目、2回目 ・ 耳下腺炎(おたふくかぜ)：1回目、2回目 ・ 日本脳炎：1期 1回目、1期2回目、追加、2期 ・ B型肝炎ワクチン：1回目、2回目、3回目 ・ その他()		
今までにかか った病気	病気になったことのあるものに○をつけてください。 麻疹、風疹、水痘、耳下腺炎(おたふくかぜ)、熱性けいれん、気管支喘息、 アトピー性皮膚炎、川崎病、その他() ・ 入院した事がありますか。 いいえ ・ はい(いつ、何で：)		
定期的に通院 している病気 はありますか	いいえ・はい(いつ、何で：) 定期薬 ()		
アレルギーに ついて	・ 食べ物でアレルギーの症状がでた事がありますか。 ない・ある(いつ頃、何で：) ・ お薬でアレルギーの症状がでた事がありますか。 ない・ある(いつ頃、何で：)		

裏面もご記入ください



ID _____

平成 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ (歳 ヲ月) 男・女 体温 _____℃、 体重 _____kg

診療等の参考にさせていただきたいので、本日来られたお子さんの様子をお伺いします。
ご協力ください。

通園・通学施設名 () 保育園・幼稚園・小学校・中学校・なし

- ・どのような症状がありますか。その症状がいつから見られていますか。
() 内にご記入ください。

1. 熱が出ている ()
2. 咳がある ()
3. 鼻水・鼻つまりがある。 ()
4. のどの痛み ()
5. 吐いている/吐き気がある ()
6. 下痢がある ()
7. 腹痛がある ()
8. 頭痛がある ()
9. 発疹がある ()
10. いつもと様子が違う ()
11. その他 ()

特に気になること、困っていることはどのようなことですか。

[]

- ・「人にうつる病気」を疑っていますか。
(例えば、みずぼうそう、おたふくかぜ、ロタウイルスによる胃腸炎、プール熱、インフルエンザなど)

1. いいえ	2. はい	3. わからない	()
--------	-------	----------	-----

どのような病気を疑っていますか。()

- ・現在、あなたのお子さんの周囲で、流行っている病気がありますか。

1. 特にない	2. ある	()
どのような病気ですか。()		()
どこですか。()		()

- ・現在、あなたのお子さんが使っている薬(飲み薬、吸入薬、貼り薬、塗り薬)がありますか。

1. ない	2. ある	()
薬の名前をわかる範囲でお書きください。		()

何か気がかりなことや心配なことで聞きたいことがあればお書きください。

[]

横になって待ちたい方、他の方と別の部屋で待ちたい方は、お申し出ください。可能な限りお応えいたします。
また、クリニックの方から、伝染性の病気のために別室でお待ちいただくようお願いすることがあります。

クリニック記入欄

SPO ₂	_____ %
P R	_____
血圧	_____ / _____

