

# 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、診察行為のみにご使用いたします。

年 月 日

ふりがな		男・女	年 月 日生 ( 歳)
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, 予定通り

## 3. 今まで病気に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), 子宮頸がんワクチン( 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( )

・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( カ月), 首のすわり( カ月), お座り( カ月)

歩きはじめ( カ月)

## 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, 買い物について

近隣に住んでいる, 新聞の折り込み, その他( )

## 13. 来院方法は何かですか?

徒歩, 自転車, 自家用車, バス, 電車, タクシー