

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

上記以外の \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 様方 (実家・その他) \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 男

携帯 TEL \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 女

次の項目につきご記入ください。下線の部分は○でかこんで下さい。

1. 今一番強い症状、または心配なこと。

お子さんの症状を簡単にお書きください。(いつからどのような状態ですか)

2. 家族歴 父 ( ) 才 健・否・死亡 (病名 )

母 ( ) 才 健・否・死亡 (病名 )

( ) 人きょうだいで本人は ( ) 番目

第1子 ( ) 才 男・女 健・否・死亡 (病名 )

第2子 ( ) 才 男・女 健・否・死亡 (病名 )

第3子 ( ) 才 男・女 健・否・死亡 (病名 )

第4子 ( ) 才 男・女 健・否・死亡 (病名 )

同居者喫煙 有 ・ 無

~~有~~の場合 父・母・祖父・祖母 その他 ( )

家族・親戚に ① 精神病 有 ・ 無 ② 腎臓病 有 ・ 無

③ 糖尿病 有 ・ 無 ④ 気管支喘息 有 ・ 無

⑤ 結核 有 ・ 無

3. 今までかかった病気 はしか、水ぼうそう、おたふくかぜ、風疹、肺炎、中耳炎

(○でかこむこと) 湿疹、夜尿、腎臓病、ひきつけ ┌ 有 --- 有熱 ・ 無熱  
└ 無

4. 薬物過敏 有 ・ 無 ・ 内服したことがない

薬疹・ショック・その他 ( )

(裏面に続く)

5. 発育に 妊娠中の異常 有 ・ 無 (病名 )  
 ついて

妊娠中のレントゲン照射 有 ・ 無

出産時の異常 有 ・ 無 鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開

仮死 有 ・ 無 その他(病名 )

妊娠 ( ) 週で生まれ 出生体重 ( ) g

生まれてまもなくの黄疸 無 ・ 普通 ・ 強い

生まれてまもなく血を吐いたり、くだしたりしたことがありますか  
有 ・ 無

乳幼児期の栄養 母乳 ・ 人工乳 ・ 混合栄養

(何か月で次のことができるようになりましたか)

首がすわる ( ) 月 おすわり ( ) 月

ひとりで立つ・歩く ( ) 月 かたことしゃべり ( ) 月

※上記は不明だが ( 正常 ・ 少し遅れた ・ だいぶ遅れた )

6. 予防接種済みのもの BCC、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、三種混合

で ポリオ、はしか・風疹混合、はしか、風疹  
 かもむこと 日本脳炎、二種混合、おたふくかぜ、水痘  
ロタウイルスワクチン、B型肝炎