

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

上記以外の  
住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

様方 ( 実家・その他 ) \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

男

携帯TEL \_\_\_\_\_

フリガナ  
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、ひきつけく 有--- 有熱・無熱  
無

4. 薬物過敏 有・無 内服した事がない  
薬疹・ショック・その他 ( )

(裏面に続く)

5. 発育について
- 妊娠中の異常 有・無 (病名 )
- 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 ・ 少しおくれた ・ だいぶおくれた )

6. 予防接種済みのもの BCG、ヒブ、小児用肺炎球菌  
 (○でかこむこと) 五種混合、四種混合、三種混合  
ポリオ、はしか風疹混合、はしか、風疹  
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