

はじめて来院されたお子さまへ

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。

患者ID _____

平成 年 月 日

ふりがな		男	平	年	月	日	生
お名前	様	女	平	年	月	日	歳
ご住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 出生時の体重 _____ kg

2. 出生時のことで伝えておきたいこと

3. 乳児期の栄養法 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ その他 ()

4. 兄弟・姉妹はいらっしゃいますか？

いない ・ いる (人兄弟(姉妹)の 番目)

5. 今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹 ・ はしか ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳
喘息 ・ その他 ()

ひきつけ → 最終: 年 月 日、計 回

抗けいれん剤の使用: 無 ・ 有 (薬剤名:)

6. 予防接種を受けたことがありますか？ (受けた予防接種に○をつけてください)

また、直近の予防接種歴を教えてください。

直近の予防接種名 () 日時 年 月 日
ヒブ (回) ・ 肺炎球菌 (回) ・ B型肝炎 (回) ・ 四種混合 (回)
二種混合 ・ 麻しん・風しん1期 ・ 風しん・麻しん2期 ・ 水ぼうそう (回)
日本脳炎 (回) ・ ロタウイルス ・ おたふくかぜ (回)
その他 _____

7. 入院されたことはありますか？ いいえ ・ はい (はいの方は以下ご記入下さい)

病名: () いつ: (年 月 日から 日間)

8. 食物アレルギーはありますか？

ない ・ ある (食品名:) ・ わからない

9. 薬に対するアレルギーはありますか？

ない ・ ある (薬剤名:) ・ わからない

10. ご質問・ご意見等ありましたら、ご記入をよろしくお願いします。

ご記入ありがとうございました。ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。

ながくて北川こどもクリニック 院長