

～当院をはじめて受診される方～

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 西暦 (年齢)	年	月	日
〒 _____ - _____	電話番号	ご自宅 () - () - ()			
ふりがな 住所		携帯電話 () - () - ()			

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてお答えください。

①出生時のことをお聞かせください。					
・出生週数 _____ 週 _____ 日、出生体重 _____ g、出生身長 _____ cm					
・分娩状態 経膣分娩・帝王切開					
・出生後に何か異常はありましたか？ なし・あり ()					
・乳児期栄養 母乳・混合・ミルクのみ					
・健診などで何か指摘されたことはありますか？ なし・あり ()					
②兄弟姉妹 いない・いる → 男・女 (歳) 男・女 (歳) 男・女 (歳)					
男・女 (歳) 男・女 (歳) 男・女 (歳)					
③今までにかかった病気、もしくは現在、通院・治療中の病気について教えてください。					
・突発性発疹 ・おたふくかぜ ・みずぼうそう ・百日咳 ・けいれん(熱あり・熱なし)					
・喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎 ・花粉症 ・川崎病 ・尿路感染症					
・発達障害(ASD・ADHD・その他) ・その他 ()					
・手術歴(_____ 歳時に、 _____ の手術) ・入院歴 ()					
④今までに受けたことのある予防接種について教えてください。					
・ヒブ(Hib) (1回・2回・3回、追加) ・肺炎球菌(1回・2回・3回、追加) ・B型肝炎(1回・2回・追加)					
・四種混合(1回・2回・3回、追加) ・ロタウイルス(ロタテック・ロタリックス) (1回・2回・3回)					
・BCG ・日本脳炎(1回・2回・1期追加・2期)					
・MR(1期・2期) ・みずぼうそう(1回・2回) ・おたふくかぜ(1回・2回)					
・二種混合(破傷風・ジフテリア) ・子宮頸がん(HPV) ・ポリオ単独					
・三種混合(1回・2回・3回、追加) ・その他 ()					
⑤食物アレルギーはありますか？ なし・あり ()					
⑥薬物アレルギーはありますか？ なし・あり ()					
⑦ご家族について教えてください。					
・同居の家族でタバコを吸う方はいらっしゃいますか？ いない・いる(どなたですか？)					
・次のアレルギー(喘息・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・薬物アレルギー)の方はいらっしゃいますか？ いない・いる(どなたですか？)					
・大きな病気(てんかん・心臓病・肝臓病・腎臓病・血液疾患・遺伝子疾患など)にかかった方はいらっしゃいますか？ いない・いる(どなたですか？)					
⑧当院を受診された理由をお聞かせください。					
・近所だから ・看板を見たから ・折込チラシを見たから ・ホームページを見たから					
・お知り合いからの紹介 ・その他 ()					



ご協力ありがとうございました。 院長 森下雄大