

ID :

小児科を受診される方へ

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	住所
お名前		平成 年 月 日 歳 ヶ月	〒
電話番号・携帯番号		就学状況	
() - () - ()		未・保育園・幼稚園 小学校・中学校(年生)	
() - () - ()			

- 出生時の事をお聞かせ下さい。(在胎 週 日)(出生体重 g)(身長 cm)
- お産はどこで病院でしたか? 当院・() 病院
- お産の状況(経膈分娩・帝王切開)
- 逆子でしたか?(はい・いいえ) ★光線療法を受けましたか?(はい・いいえ)
- 乳児の頃の栄養法 (母乳・ミルク・混合)
- ご家族についてお聞かせ下さい。(父 歳・母 歳)
(兄 歳・姉 歳・弟 歳・妹 歳)

※ご家族に大きな病気やアレルギーの方はいらっしゃいますか?

(はい・いいえ)(病名)

■ 発達についてお聞かせ下さい。

首がすわる (ヶ月) ⇔ 寝返り (ヶ月) ⇔ お座り (ヶ月)
つかまり立ち (ヶ月) ⇔ はいはい (ヶ月) ⇔ ひとり歩き (ヶ月)
意味のある単語を言う (歳 ヶ月) 名前や年齢を言う (歳 ヶ月)

■ 今までにかかった病気はありますか? ※その他に何かあれば、空欄にお書き下さい。

突発性発疹	歳 ヶ月	みずぼうそう	歳 ヶ月	おたふく	歳 ヶ月
百日咳	歳 ヶ月	はしか	歳 ヶ月	ふうしん	歳 ヶ月
ねつせいけいれん	歳 ヶ月				

■ 予防接種受けたものを記載して下さい。

定期の 予防接種	ヒブ	(未・1回・2回・3回・追加)	任意の 予防接種	ロタウィルス	(未・1回・2回・3回)
	肺炎球菌	(未・1回・2回・3回・追加)		B型肝炎	(未・1回・2回・3回)
	4種混合	(未・1回・2回・3回・追加)		みずぼうそう	(未・1回・2回)
	BCG	(未・済)		おたふく	(未・1回・2回)
	麻疹風疹混合	(未・1期・2期)		日本脳炎	(未・1期-1回・2回・追加) (未・2期)
	みずぼうそう	(未・1回・2回)		子宮頸がん	(未・1回・2回・3回)
	ポリオ(不活化)	(未・1回・2回・3回・追加)			
	ポリオ(生)	(未・1回・2回)			
	三種混合	(未・1回・2回・3回・追加)			
	二種混合	(未・済)			

- お家でたばこを吸う人はいらっしゃいますか?(はい・いいえ)(父 本・母 本・他 本)
- ペットや家畜保有(ある・ない) 種類 ()
- お車は保有していますか?(はい・いいえ) ⇔チャイルドシートは装着していますか?(はい・いいえ)

