

住所	〒 -		TEL(自宅)	TEL(携帯)
ふりがな 名前		男 女	生年月日 平成 年 月 日	在園（校）中の園・学校名
帰省されている場合、実家の住所・TEL			来院時の体温 ℃	体重 kg

1. 受診するきっかけになった症状について教えてください

いつ頃から ()
 どのような症状が 発熱（最高 ℃） のどが痛い 咳 痰 鼻水（透明・黄緑）鼻閉 耳痛
 ゼイゼイ（吸気時・呼気時） 呼吸困難（夜眠れた・あまり眠れなかった） 喘息 腹痛 下痢
 血便 便秘 吐き気 嘔吐 発疹 湿疹 かゆみ アトピー 目が赤い 目やに 耳の下が腫れ
 ている 頭痛 胸が痛い 関節が痛い その他 ()
 今服薬中の薬はありますか ()

2. 生まれた時、新生児期の状況について教えてください

出生時体重 (g) → 予定日より () 日 早かった・遅かった・予定日通り
 分娩は 正常 帝王切開 さかご 鉗子分娩 吸引分娩
 出生時および生まれてから1カ月くらいまでの間に何か健康上の問題はありましたか
 ()

3. 予防接種で終了したものに○をつけてください

ヒブ（1・2・3回・追加）、小児用肺炎球菌（1・2・3回・追加）、四種（三種）混合（1・2・3
 回・追加）、B型肝炎（1・2・3回）、ロタ（ 回）、BCG、MR（1・2回）、水痘（1・2回）、日
 本脳炎（1・2回・追加・2期）、麻疹、風疹、二種混合、ポリオ（1・2・3回、追加）、おたふく
 かぜ（1・2回）、子宮頸がん（1・2・3回）、その他（ ）

4. 今までにかかったことのある病気について教えてください

はしか（麻疹）、三日ばしか（風疹）、みずぼうそう（水痘）、おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）、
 突発性発疹、溶連菌感染症、ひきつけ（熱あり・なし、__歳から__回）、川崎病、肺炎、中耳炎
 湿疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、気管支喘息、喘息性気管支炎、花粉症、蕁麻疹
 その他大きな病気・手術・入院歴など ()

5. アレルギーについて教えてください

食べ物・薬品のアレルギー（副作用）はありますか → ない・ある（品名） ()

6. ご家族について教えてください

アレルギー体質（喘息、花粉症、アレルギー性鼻炎、アトピー、食物アレルギー、蕁麻疹など）の方
 はいますか → いない・いる ()
 大きな病気をしたり持病のある方はいますか → いない・いる ()
 タバコを吸う人はいますか → いない・いる () ペットを飼っていますか → いない・いる ()
 兄弟姉妹のいる方は教えてください → 兄 () 歳・姉 () 歳・弟 () 歳・妹 () 歳

7. そのほか受診に際して伝えておきたいこと ()

記入された方 → 母・父・() 記入日 → 平成 年 月 日