



おなまえ ()

1 今日どんな症状で来院されましたか？

現在の体重 () Kg

2 今までに薬や注射、食べ物などで、発疹などの副作用が出たことがありますか
なし・あり(具体的に)

3 今までにかかった病気に ○ をつけてください

突発疹・はしか・水痘・おたふくかぜ・風疹・けいれん・アレルギー疾患 ()

心臓病・腎臓病・肝臓病・川崎病・入院(医療機関名 /時期 /病名)

・手術(医療機関名 /時期 /病名)

4 次の予防接種のなかで、すんだものに ○ をつけてください

B型肝炎・ロタウイルス・ヒブ・小児用肺炎球菌・四種混合(Ⅰ期 1、2、3、追加)・BCG

三種混合(Ⅰ期 1、2、3、追加 Ⅱ期)・ポリオ・麻しん風しん混合(Ⅰ期、Ⅱ期)

おたふくかぜ・水痘・日本脳炎(Ⅰ期 1、2、追加 Ⅱ期)・子宮頸がん

5 お子さまを妊娠中の病気について、あてはまるものがあれば ○ をつけてください

重いつわり・切迫流産・貧血・切迫早産・妊娠中毒症・風疹

その他の感染症 ()

6 お子さまが生まれた時のことについて

予定日より2週間以上早かった・前後2週間以内・2週間以上遅かった

生まれた時に体重は (g) ・身長は (cm)

仮死はありましたか(あり・なし) ・黄疸は(強かった・普通だった)

その他の異常(骨盤位・帝王切開・吸引・早期破水・前置胎盤・その他)

7 乳幼児の栄養について、あてはまるものに ○ をつけてください

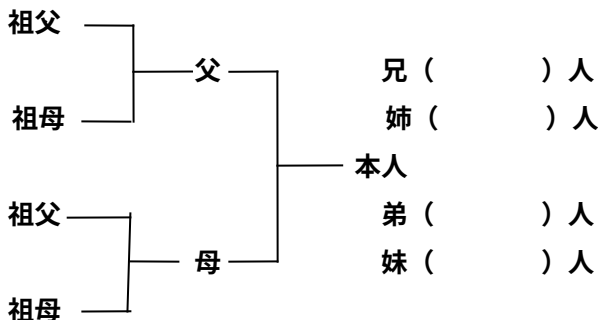
母乳 () カ月～ () カ月 混合 () カ月～ () カ月

人工乳 () カ月～ () カ月

8 乳幼児の発達について問題ありましたか(小学校以下のお子さまについて)

いいえ・はい(具体的に)

9 同居されている家族を ○ で囲んでください



10 御血縁の方で、次の病気の方がいらっしゃったら、続柄をご記入ください

() 結核 () てんかん () 心臓病 () 肝臓病 () 糖尿病

() 腎臓病 () 血縁結婚 () 精神疾患 () 視覚・聴力障害

() アレルギー【ぜん息・じんましん・アトピー性皮膚炎・鼻炎・結膜炎】

11 その他心配なことや相談したいことがあれば記入ください

