

ふりがな

名前 _____ (男・女) 第 _____ 子 生年月日 _____ 年 月 日

〒 _____ 自宅電話 (_____)

住所 _____ 携帯電話 (_____) 父・母

① 今日はどうなことで受診されましたか？レを付けて下さい。(①～③は予防接種健診の場合は不要です。)

- 発熱 月 日頃から (_____ °C) 腹痛 月 日頃から
- 咳 月 日頃から 嘔吐 月 日頃から
- ゼーゼー 月 日頃から 下痢 月 日頃から
- 鼻水 月 日頃から 頭痛 月 日頃から
- その他 (_____)

② 具合が悪くなってから今日までの様子聞かせてください。

- ・食欲は普段と比べてどうですか？(変わらない・半分・全く食べない)
- ・水分はとれていますか(はい・いいえ・不明)
- ・朝からおしっこは出ていますか(はい・いいえ・不明)
- ・便の回数は(_____ 回・出てない)
- ・現在の体重 _____ kg
- ・今飲んでいる薬はありますか(いいえ・はい(_____)
はいと答えた方は、お薬手帳をご提示ください。)

③ この事がかかった病院・医院はありますか？ なし・あり _____ 病院・医院

④ 出生時についてご記入ください。

お産は順調でしたか？ 正常・異常 (_____)
 出生体重 _____ g 在胎週数 _____ 週 日 お産をした病院 _____

⑤ 乳児期の栄養方法に○をつけてください。 母乳 _____ ミルク _____ 混合 _____

⑥ 今まで受けた予防接種に○をつけてください。

ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・4種混合(DPT・IPV)・5種混合(DPT・IPV・Hib)・2種(DT)
 ロタウィルス・BCG・MR(麻疹風疹)・水痘・おたふく・日本脳炎・HPV(子宮頸がん予防)

⑦ 既往歴についてご記入ください。

健診で何か指摘されたことはありますか？ なし・あり (_____)
 今まで何か病気や入院をされたことがありますか？
 なし・あり(_____ 歳頃 _____)

⑧ ひきつけを起こしたことはありますか？ なし・あり (_____ 歳頃から _____ 回くらい)

⑨ お子様のアレルギーはありますか？医師から診断されたものに○をつけてください。

食物アレルギー・気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎
 薬のアレルギー(具体的に _____)
 ご両親のアレルギー (父: _____ 母: _____)

⑩ 保育園・学校に通っていますか？ (_____) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校

⑪ その他に心配なこと・医師に相談したいことがあればお知らせください。