

ふりがな

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 第 子

生年月日 昭・平・令 \_\_\_\_\_ (年齢 歳 か月)

固定電話 \_\_\_\_\_ ( ) 携帯電話 \_\_\_\_\_ ( ) 父・母・他 ( )

住所 〒 - \_\_\_\_\_

① 本日はどのような心配事で来院されましたか？ (①～③は予防接種・健診の場合記入不要です。)

② ①はいつからですか？

③ このことでこれまでににかかった病院・医院がありますか？

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 (具体的に \_\_\_\_\_ )

出生時の体重 \_\_\_\_\_ g、在胎週数 ( \_\_\_\_\_ 週)、お産をした病院 \_\_\_\_\_

生まれたときの経過 正常/異常 (具体的に \_\_\_\_\_ )

⑤ 乳児期の栄養方法を○で囲んでください。 母乳 \_\_\_\_\_ ミルク \_\_\_\_\_ 混合栄養 \_\_\_\_\_

⑥ 既往歴についてご記入ください。

健診や育児相談で何か指摘されたことはありますか？

なし/あり (具体的に \_\_\_\_\_ )

大きな病気や手術をしたことがありますか？

なし/あり ( \_\_\_\_\_ 歳頃 病名: \_\_\_\_\_ )

⑦ アレルギーについてご記入ください。

お子様のアレルギーの病気はありますか？ \_\_\_\_\_ なし/あり

ありの方は、医師に診断されたアレルギーに○をしてください。

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

(具体的に \_\_\_\_\_ )

お薬のアレルギーはありますか？ 発疹が出たなど \_\_\_\_\_ なし/あり ( \_\_\_\_\_ )

お父様のアレルギーの病気はありますか？ \_\_\_\_\_ なし/あり ( \_\_\_\_\_ )

お母様のアレルギーの病気はありますか？ \_\_\_\_\_ なし/あり ( \_\_\_\_\_ )

⑧ ひきつけを起こしたことはありますか？ \_\_\_\_\_ なし/あり

ありの方 \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 回くらい 診断: 熱性けいれん、てんかん、その他 \_\_\_\_\_

⑨ 保育園・学校に通っていますか？

通っているのは \_\_\_\_\_ 保育園・幼稚園 \_\_\_\_\_ 小学校 \_\_\_\_\_ 中学校 \_\_\_\_\_

⑩ その他、特に心配なことがあればお知らせください。(例: 習癖、行動、心理面、家族内の悩み、育児疲れ、希望など)