

ふりがな		性別	年齢	歳	力月
お名前		男・女	平成・令和	年	月 日生
ご住所	〒 -				
電話番号	( ) - 自宅・母携帯・父携帯				
上記以外 の連絡先	( ) の携帯・会社・ご実家=お名前 ( ) 電話番号 ( ) -				
受診したことのあるご家族がいる場合は、お名前・患者番号をご記入ください					
お名前(患者番号)	( )	( )	( )	( )	( )

- 1、お子さんが生まれた時のことをお書きください。(母子手帳を見てご記入ください)
  - ・週数、出生時体重を教えてください。(40週が予定日です)  
妊娠( )週( )日、体重( )g、身長( )cmで生まれました。
  - ・妊娠中・分娩時・出産後に異常があったらお書きください。帝王切開、光線療法、骨盤位など  
無し・有り( )
- 2、乳児期の栄養は？ (母乳・混合・人工乳)
- 3、これまでに入院したことや手術したことがありましたら必ずお書きください。  
無し・有り( )
- 4、その他に何か病気にかかったことがありましたらお書きください。  
麻疹(はしか)や突発性発疹、熱性けいれん気管支喘息がありましたら必ずお書きください。  
無し・有り( )
- 5、これまでに薬や予防接種・食べ物などでアレルギーが起きたことがありましたら  
必ずお書きください  
無し・有り( )
- 6、これまでに受けた予防接種の回数をお書きください。※必ず母子手帳でご確認ください。
  - ・ロタ× 回 ・ヒブ× 回 ・肺炎球菌× 回 ・B型肝炎× 回
  - ・ポリオ× 回 ・4種混合× 回 ・BCG× 回
  - ・麻疹風疹(MR)× 回 ・水ぼうそう× 回 ・おたふくかぜ× 回
  - ・日本脳炎× 回 ・3種混合× 回 ・他( )
- 7、今日の症状をお書きください。 体温 ℃ 体重 kg  
いつからどんな症状があるのか、お書きください。

- 8、通っているのは？ ( ) 保・幼・こども園・小学・中学 年 組
- 9、熱さましは必要ですか？
  - ・ いない
  - ・ 飲み薬
  - ・ 座薬
- 10、お薬の剤形でご希望はありますか？ お薬によってご希望に添えないこともありますのでご了承ください
  - ・ シロップ
  - ・ 粉
  - ・ 錠剤

