

はじめて診察を受けられる方へ

ふりがな

診察される方の氏名

体温

生年月日 平成・令和 年 月 日 (才 ヲ月、男・女)

住所 〒 —

県・都・府・道

市・町・村

☎ 電話

—

—

(父・母携帯)

熱 _____ °C

体重 _____ kg

1 どうなされました (いつからですか? 例 2, 3日前から)

- 発熱 (_____ 日前～)
- 頭痛 (_____ 日前～)
- 鼻水 (_____ 日前～)
- 咳 (_____ 日前～)
- 咽頭痛 (_____ 日前～)
- 喘鳴・ゼーゼーする (_____ 日前～)
- 耳痛 耳下腫脹 (_____ 日前～)
- 吐き気・むかつき (_____ 日前～)
- 嘔吐 (_____ 日前～)
- 下痢 (_____ 日前～)
- 腹痛 (_____ 日前～)
- 便秘 (_____ 日前～)
- 食欲不振 哺乳不良 (_____ 日前～)

- 発疹 (_____ 日前～)
- 皮膚のかゆみ、湿疹 (_____ 日前～)
- 外陰部・お尻の痛み、発赤 (_____ 日前～)
- 成長相談 (_____)
- 夜尿 (_____)
- 心電図異常、心臓の異常 (_____)
- その他 _____ (_____ 日前～)

支払い方法

- 現金
-  PayPay

2 発育の経過

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 妊娠中の異常 (無・有) | 在胎週数 (週 日) |
| 分娩の経過 (頭位・骨盤位・帝王切開) | 首の座り (月) |
| 新生児仮死 (無・有) | 寝返り (月) |
| 黄疸 (無・普通・強) | お座り (月) |
| 出生時体重 (g) | はいはい (月) |
| 出生時身長 (cm) | つかまり立ち (月) |
| 胸囲 (cm) | つたい歩き (月) |
| 頭囲 (cm) | ひとり歩き (月) |
- 発育時の栄養法は(母乳・人工乳・混合)

3 受けた事があるワクチンをチェックして下さい。

- ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 四種混合 ロタウイルス BCG 三種混合 ポリオ
 MR(麻疹・風疹混合) 麻疹 風疹 水ぼうそう おたくふくかぜ 日本脳炎 DT

4 いままでにかかったことのある病気にチェックして下さい。

- 水ぼうそう おたくふくかぜ 百日咳 麻疹 風疹 突発性発疹 じんましん
 ぜんそく アトピー性皮膚炎 その他(_____)

5 今までに食事・注射・飲み薬・塗り薬などで異常がおきたことがありますか。

6 現在、服用されている薬ありますか。

7 家族歴<現在>

- 父 才 健康状態 (_____)
 母 才 健康状態 (_____)

兄弟姉妹構成(本人も含め)

- 1 才 男・女
 2 才 男・女
 3 才 男・女
 4 才 男・女

8 ご家族に病気の方がいらっしゃいますか 無・有 (_____)

9 車種(色): _____ ナンバー: _____