

初めて当院小児科に受診された方へ

受付番号

ふりがな
御名前 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日 (才 ヶ月)

現在の身長 : _____ cm

現在の体重 : _____ Kg 体温 _____

1. 出生時体重 _____ g 在胎週数 _____

妊娠中・出産時の異常がある場合はお知らせください。

2. 今回いつごろから、どのような症状ですか。
痛みのある場合はその部位も詳細にお知らせください。

3. 当院を受診される前に通院していた病院や内服薬がありましたら教えてください。
お薬手帳がございましたらご提示ください。

4. 今までにかかった大きな病気、入院治療を受けたことがございましたら教えてください。

次の疾患のある場合は丸印を付けてください。

喘息 アトピー性皮膚炎 肺炎 神経疾患(てんかん) その他()

5. 熱性けいれんの既往はありますか? (はい いいえ)

現在熱性痙攣の予防はしていますか? (はい いいえ)

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか? (はい いいえ)

7. 受診される児の兄弟・血縁関係のあるかたで現在次の病気に罹患している、
もしくは罹患歴がある場合はお知らせください。

伝染性の感性症() 喘息 ()
アトピー性皮膚炎() 腎臓病 ()
神経疾患() その他 ()

8. 予防接種に関して。接種済みの予防接種を丸で囲んでください。

BCC ポリオ 三種混合1回目・2回目・3回目 三種混合追加 水痘
流行性耳下腺炎(おたふく) 麻疹 風疹もしくはMRワクチン その他 ()

9. 今回特にご質問、ご相談がございましたら、簡単にご記入ください。