

初診時間診票

記載日： _____年____月____日

ふりがな

氏名 (_____) 生年月日 _____年____月____日

ご家族について 同居のご家族：(_____)人 ペット：なし あり(_____)

続柄	年齢	同居者に ○	喫煙者に ○	園・学校名 / 職種	持病・アレルギー・子供のころの病気
本人		/			本人の情報は下の質問に記載してください
父					
母					
父方祖父					
父方祖母					
母方祖父					
母方祖母					
兄・姉・弟・妹					
兄・姉・弟・妹					
兄・姉・弟・妹					

分娩・出生について

妊娠中の異常 なし あり(_____)
出生体重(_____)g 在胎週数(_____)週(_____)日
正常分娩 帝王切開 分娩時の異常(_____)

これまでにかかった病気、指摘されたこと

突発性発疹 熱性けいれん 水ぼうそう おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)
アトピー性皮膚炎 ぜんそく 中耳炎 肺炎 便秘 発達の遅れ
入院・手術歴(年齢、病名 _____)
その他大きな病気(_____)

現在使っているお薬 なし あり(ありの場合はお薬手帳をお出してください)

飲み薬(_____) 塗り薬(_____)
その他(_____)

接種済みの予防接種(接種回数分を入れてください)

タ(ロタリックス タテック) ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎
四種混合 BCG 麻しん風しん 水痘 おたふくかぜ
日本脳炎 二種混合 HPV(子宮頸がん) その他(_____)

アレルギー

なし あり: 食べ物(_____)
薬(_____) その他(_____)