

フリガナ お名前	生年月日 年 月 日
ご住所 〒 -	電話 ( )
	携帯 ( )

1. 本日は、どのような心配で来院されましたか？  
( )

2. いつからですか？  
( )

3. このことで、これまでかかった病院・医院がありますか？  
( ない / ある : \_\_\_\_\_ 病院・医院 )

4. 新生児期に、何か異常がありましたか（仮死・黄疸など）？  
( ない / あった : \_\_\_\_\_ )

5. 出生時と、発達に関してご記入ください。  
 在胎週数 ( 週 ), 出生体重 ( g )  
 首すわり ( か月 ), おすわり ( か月 ), ひとり歩き ( か月 )

6. 乳児期の栄養法を丸で囲んでください。  
 母乳    ミルク    混合

7. これまでに受けた予防接種についてご記入ください。

ワクチン名	接種済み <input checked="" type="checkbox"/>	ワクチン名	接種済み <input checked="" type="checkbox"/>	ワクチン名	接種済み <input checked="" type="checkbox"/>
B型肝炎 (母子感染予防を除く)	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	毎秋
ロタウイルス	1価 <input type="checkbox"/> 5価 <input type="checkbox"/>	MR (麻しん風しん混合)	<input type="checkbox"/>	A型肝炎	<input type="checkbox"/>
ヒブ	<input type="checkbox"/>	水痘 (みずぼうそう)	<input type="checkbox"/>	HPV (ヒトパピローマウイルス)	<input type="checkbox"/>
小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	髄膜炎菌	<input type="checkbox"/>
四種混合 (DPT-IPV) 三種混合・ポリオ	<input type="checkbox"/>	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	その他 ( )	

8. どんな病気にかかりましたか？  
 はしか, おたふくかぜ, 水ぼうそう, 風疹, 百日咳, 川崎病, 溶連菌感染症  
 その他 ( )

9. 手術を受けたことはありますか？  
( ない / ある : 何の \_\_\_\_\_ いつ \_\_\_\_\_ 歳 )

10. ひきつけを起こしたことがありますか？  
( ない / ある : どんなときに \_\_\_\_\_ 歳ごろから \_\_\_\_\_ 回くらい )

11. 薬を飲んで発疹が出たり下痢をしたことがありますか？  
( ない / ある : 何の薬で \_\_\_\_\_ )

12. 食べ物のアレルギーはありますか？  
( ない / ある : 牛乳, 卵, その他 \_\_\_\_\_ )

13. お母さまは、現在妊娠していますか？  
( いない / いる : \_\_\_\_\_ か月 )

14. その他、とく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、家庭内の悩み、育児疲れ、希望 など  
( )