

フリガナ

氏名 () 性別 (男 ・ 女)

生年月日 (平成 年 月 日) 年齢 (カ月) 体重 (kg)

現住所 (〒)

電話番号 (..... ・父携帯 ・母携帯)

帰省先 (〒 様方 ・ 電話番号)

こども園・保育園通園 有・無 (..... こども園・保育園 組)

※ 今日の受診理由は次のうちどれですか？あてはまるものに○をつけてください。

1, 体調が悪い 症状は？ 熱 咳 鼻水 嘔吐 下痢 発疹 その他 ()
いつから？1週間前から 2~3日前から 昨夜から 朝から その他 ()

2, 予防接種

3, 乳児健診 3~4カ月健診(3~6カ月健診) 7~8カ月健診 9~11カ月健診

※ 出生時からこれまでの状況について、わかる範囲でお答えください。

- ①妊娠中の母体の異常 無 ・ 有 (妊娠高血圧症、切迫流産、切迫早産、糖尿病、貧血)
- ②分娩の方法 (自然分娩 頭から・足から、誘発分娩、吸引分娩、帝王切開)
- ③出生時の在胎週数 (____週 ____日) ※予定日での出産は40週0日です。
- ④出生時の体重 (_____g) 身長 (_____cm) 頭囲 (_____cm) 胸囲 (_____cm)
- ⑤出生した場所 (_____ 産婦人科医院・病院 産婦人科・助産院、自宅)
- ⑥生まれつきの病気 無 ・ 有 ()
- ⑦出生後早期の病気 無 ・ 有 ()
- ⑧現在の栄養方法 (母乳・粉ミルク・混合、離乳食1日 _____回)
- ⑨成長や発達の遅れ 無 ・ 有 ()

※ 今までにかかった感染症があれば○をつけて、かかった時の月齢を記入してください。

- ・突発性発疹症 カ月 ・麻疹(はしか) カ月 ・水ぼうそう カ月
- ・百日咳 カ月 ・風疹(三日はしか) カ月 ・おたふくかぜ カ月

※ 今までにかかったことがある病気、又は現在治療中や経過観察中の病気があれば○をつけてください。

- ・ひきつけ(熱性けいれん、無熱性けいれん、てんかん、原因不明)
- ・喘息様気管支炎 ・気管支喘息 ・食物アレルギー(卵、牛乳、小麦、大豆、米、その他)
- ・RSウイルス感染症 ・細気管支炎 ・中耳炎 ・副鼻腔炎 ・髄膜炎 ・尿路感染症 ・蕁麻疹 ・川崎病
- ・アトピー性皮膚炎 ・その他 ()

※ 薬の内服や注射で、異常反応が出たことがありますか？ 無 ・ 有 (薬剤名)

※ 済んでいる予防接種に○をつけてください。

- ・B型肝炎(1・2・3回目) ・ロタウイルス(1・2・3回目) ・ヒブ(1・2・3回目) ・肺炎球菌(1・2・3回目)
- ・DPT-IPV(1・2・3回目) ・BCG ・日本脳炎(1・2回目) ・麻しん

※ 家族構成 さしつかえなければ記入してください。

お子様の名前 (年長児から順番に全員を記入してください)

名前	年齢	()	男・女	(歳)
父()	(歳)	}	()	男・女 (歳)
母()	(歳)		()	男・女 (歳)
			()	男・女 (歳)
			()	男・女 (歳)

※ ご家族、同居者のうち喫煙者がいますか？ 無 ・ 有 (父、母、祖父、祖母)

※ 当クリニックを受診されたきっかけは何ですか？○をつけてください。

- 自宅・実家から近い 看板・電話帳・ホームページを見て 口コミ 日曜日診療 休日当番医 ご家族のかかりつけ
- 産婦人科・他の病医院からの紹介 ペリネタル・ピジットで来院した その他 ()

上記の情報は、当クリニックで定めた利用目的の範囲内で利用させていただきますのでご了承下さい。