

外来受診されるかたへ _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____ 男 ・ 女 _____ 診察券の番号 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) _____ 体重 _____ kg

本日はどのようなことで来院されましたか？ あてはまるものに印をつけてください。

- ☐発熱 _____ 月 _____ 日より _____ °C ☐ぐったりしている
- ☐咳 _____ 月 _____ 日より ☐鼻汁 _____ 月 _____ 日より
- ☐嘔吐 _____ 月 _____ 日より ☐下痢 _____ 月 _____ 日より
- ☐ぜーぜーしている _____ 月 _____ 日より
- ☐発疹や湿疹など皮膚がぶつぶつしている・赤みがある
- ☐頭痛 ☐腹痛 ☐のどが痛い
- ☐発達について相談したい ☐予防接種を受けたい ☐健診を受けたい
- ☐そのほか _____
- _____
- _____
- _____

現在飲んでいる薬、吸入している薬はありますか？

- ☐ない ☐ある
- _____

ご兄弟、ご家族で体調を崩されている方はいますか？

- ☐いない ☐いる 誰ですか _____
- どのような症状ですか _____

現在慢性の病気で、ほかの病院に通院されていますか？

- ☐いない ☐いる 何の病気ですか _____
- どちらの病院ですか _____

薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- ☐ない ☐ある
- _____

そのほかお聞きになりたいことがありましたらお知らせください。

初診のかた、しばらくぶりに来院されたかたは、次ページもご記入ください

【初診のかた、しばらくぶりに来院されたかたにお聞きいたします】

生まれた時の状況を教えてください。（）内は、あてはまるものを丸で囲んでください。

在胎 _____ 週 出生時体重 _____ g （経膈分娩・帝王切開）

元気に生まれましたか （はい・いいえ）

（保育器に入った・新生児治療室に入院した・酸素を使った・黄疸が強かった）

首が座った _____ か月、 お座りした _____ か月、 歩いた _____ 歳 _____ か月

単語を話した _____ 歳 _____ か月、 言葉がつながった _____ 歳 _____ か月

（例；パンちょうだい、ボールあった）

これまで大きな病気にかかって、入院したことがありますか？

☐ ない ☐ ある

何の病気ですか _____ いつ頃ですか _____

これまでにかかったことのある病気を教えてください。

☐ はしか ☐ 風疹 ☐ 百日咳 ☐ みずぼうそう ☐ おたふくかぜ
☐ 突発性発疹 ☐ 溶連菌感染症 ☐ 尿路感染症 ☐ 熱性けいれん ☐ 川崎病
↳ 回数 _____ 、最後の発作 _____ 歳）

これまで受けた予防接種を教えてください。

☐ Hib ワクチン ☐ 肺炎球菌ワクチン ☐ BCG ワクチン
☐ B 型肝炎ワクチン ☐ ロタウイルスワクチン（ロタリックス・ロタテック）
☐ 五種混合ワクチン（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib 混合ワクチン（DPT-IPV-Hib））
☐ 四種混合ワクチン（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ混合ワクチン（DPT-IPV））
☐ 三種混合ワクチン（ジフテリア・百日咳・破傷風混合ワクチン（DPT））
☐ 麻疹（はしか）・風疹混合ワクチン（MR） ☐ ポリオワクチン（経口・注射）
☐ 水痘（みずぼうそう）ワクチン ☐ おたふくかぜワクチン ☐ 日本脳炎ワクチン
☐ インフルエンザワクチン ☐ 子宮頸がん予防ワクチン
☐ そのほか _____

（受診されるかたからみた）家族構成を教えてください。

ご家族の中で、慢性の病気をお持ちのかたはいらっしゃいますか？

☐ いない ☐ いる 誰ですか _____
何の病気ですか _____

現在通われている幼稚園、保育園、学校を教えてください。

_____（幼稚園・保育園・小学校・中学校・高校） _____ 年 _____ 組

ありがとうございました。