



はじめて受診される方へ

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	生年月日 年 月 日
住所	〒	—	電話 (自宅) — —
			(携帯)
家族構成	父： 歳 / 母： 歳 / 同居人数： 人 兄弟全員で： 人 / この子は： 番目		
家族の病気 (○印)	喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、熱性けいれん、てんかん 糖尿病、高血圧、心臓病、肝炎、結核 その他 ()		
妊娠中	正常・異常 (高血圧・蛋白尿・その他く)		
出産	正常・異常 (逆子・吸引・帝王切開)		
	出生時体重 g 仮死 (有・無) / 黄疸 (普通・強い)		
発達	正常・異常 ()		
予防接種 (済みのものに○印)	BCG (未・済) / ポリオ (未・済) 三種混合：Ⅰ期 (1回・2回・3回)・追加・Ⅱ期 (小6) ヒブワクチン (1回・2回・3回)・追加 肺炎球菌ワクチン (1回・2回・3回)・追加 麻疹風疹混合(MR)ワクチン (未・済く1回・2回) / 水痘 (未・済) おたふく (未・済) / 日本脳炎：Ⅰ期 (1回・2回)・追加・Ⅱ期		
今までにかかった病気 (○印)	突発疹・麻疹・風疹・水痘・おたふく 川崎病・喘息・アトピー性皮膚炎・熱性けいれん・てんかん その他 ()		
アレルギー	無・有 (食品く) くすりく) その他く)		