



※答えられる範囲でご記入をお願いします。

受診日 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女	生年	年	月	日	身長	体重	体温
			月日	年齢	歳	ヶ月	cm	kg	℃
(保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・その他)									
住所 〒 -									
携帯番号 () 電話番号 ()									

① 今まで受けた予防接種に○をつけてください。

BCG・ポリオ・三種混合(1. 2. 3. 追加)・四種混合(1. 2. 3. 追加)・ヒブ(1. 2. 3. 追加)
 肺炎球菌(1. 2. 3. 追加) ロタウイルス・B型肝炎(1. 2. 3)・麻しん、風しん(1. 2)
 日本脳炎(1. 2. 追加Ⅰ. 追加Ⅱ)・水疱瘡(1. 2)・おたふく(1. 2)・シナジス・その他()

② 次にあげるような病気にかかったことがあれば ○をつけてください。

熱性けいれん・てんかん・麻しん・風しん・水疱瘡・おたふくかぜ・川崎病・突発性発疹・中耳炎
 喘息・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・薬物アレルギー・花粉症・心臓病・腎臓病・腸重積
 その他()
 → 通っていた(いる)病院 []

③ 現在使用している薬があればご記入ください。※おくすり手帳もご持参ください

()

④ 今まで手術をうけたことはありますか？

いいえ ・ はい (病名、時期など)

⑤ 生活環境について教えてください。

同居の方でタバコを吸う方はいますか？ → いいえ ・ はい ()

ご家庭でペットを飼っていますか？ → いいえ ・ はい ()

⑥ 本日受診された理由に○をつけてください。

症状

発熱・頭痛・持続する発熱・元気がない・食欲がない・腹痛・持続する腹痛・むかつき・嘔吐
 下痢・長引く下痢・咳・長引く咳・鼻水・喉の痛み・鼻づまり・皮膚の痒み・しっしん
 あかい発疹・けいれん・その他の症状()

➡その症状はいつからですか？ _____

相談したいことがある

アレルギー症状・内分泌症状(低身長、思春期早発、甲状腺疾患など)・乳幼児健診
 予防接種・育児相談・その他()