

初めて受診される方へ

(こども)

(令和 年 月 日)

フリガナ	生年月日		
氏名	平成 令和 年 月 日 (歳 か月)		
〒 住所			
電話 : ()	携帯電話 ()		
性別 男・女	_____ 保育園・幼稚園・ () 学校		
生まれたときの事 出生時の体重 ()g (妊娠 週 日) 出生時に異常がありましたか。 (なし・あり) (低出生体重・黄疸・嘔吐・人工呼吸器をつけた・手術を受けた・その他) (その他:)			
身長 (cm)	体重 (kg)	体温 (°C)	
兄弟姉妹は 姉 : 歳 妹 : 歳 兄 : 歳 弟 : 歳			
今までにかかった病気を教えてください。(○を付けてください。) 気管支喘息(喘息性気管支炎)・食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・じんましん・花粉症 RS ウイルス・溶連菌感染症・アデノ・突発性発疹・水ぼうそう・おたふく風邪・百日咳 はしか・風疹・けいれん(ひきつけ)・肺炎・中耳炎・尿路感染症・川崎病 腎炎・心疾患・髄膜炎 その他()			
済んだ予防接種について教えてください。(○を付けてください。) ロタテック(1回・2回・3回) ロタリックス(1回・2回) ヒブ (1回・2回・3回・追加) 肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) B型肝炎(1回・2回・3回) 5種混合(DPT-IPV-Hib)(1回・2回・3回・追加) 4種混合(DPT-IPV)(1期1回・1期2回・1期3回・1期追加) BCG MR(麻疹・風疹)(1期・2期) 水痘(1回・2回) おたふく(1回・2回) 日本脳炎 (1期1回・1期2回・1期追加・2期) 2種混合(DT) 子宮頸がん (1回・2回・3回) インフルエンザ (最終 年 月頃)			

裏面も記載してください



はたの東神奈川キッズクリニック

初めて受診される方へ

(こども)

(令和

年

月

日)

食物アレルギーがありますか。 (ない ・ ある)

食事の制限がありますか？

(ない ・ ある (鶏卵 ・ 乳製品 ・ 小麦 ・ ピーナッツ ・ エビ等 ・ 他:))

薬のアレルギーがありますか。 (ない ・ ある)

薬の名前や種類()

どのような症状が出ましたか (じんましん等の皮膚症状 ・ 咳や喘鳴 ・ 嘔吐、他)

本日はどのような症状で受診されましたか？(○を付けて下さい。)

発熱(日頃から) たん(日頃から) 咳(日頃から)

鼻水(日頃から) のどの痛み(日頃から) 頭痛(日頃から)

腹痛(日頃から) 下痢(日頃から) 便秘(日頃から)

嘔吐(日頃から) 発疹(からだの表面のボツボツ)(日頃から)

アレルギー相談(花粉症 ・ 喘息 ・ 食物アレルギー)

その他

今まで入院されたことがありますか。 (ない ・ ある)(年頃)

(原因)

今までに手術を受けたことがありますか。 (ない ・ ある)(年頃)

(原因)

現在使用中の薬を教えてください。(おくすり手帳をお見せいただくだけでも良いです。)

保育園、幼稚園、学校、ご近所で流行中の病気はありませんか？

その他、何かありましたらご記入ください。



はたの東神奈川キッズクリニック