

# はじめて受診される方へ

ふりがな	ID:		
お名前	男・女	年 月 日生 来院時年齢 歳 ヶ月	
ご住所 〒 -	TEL		
保育園・幼稚園・学校名:	用紙の記入者: 父・母・その他( )		

## お子さんについて教えてください

妊娠週数 ( 週 日) 新生児期の異常 なし・あり ( )  
出生体重 ( g) 生まれつきの病気 なし・あり (病名など )  
発達・発育で気になること なし・あり→(内容: )

## これまでかかった病気や、診断を受けた病名に○をつけてください

熱性けいれん・熱のないけいれん・溶連菌感染症・肺炎・気管支炎・じんましん・花粉症・胃腸炎  
その他( )

入院を伴った病気→年齢: 歳 ヶ月のとき 病名: 病院:

## これまで受けた予防接種(ワクチン)に○をつけてください

ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・4種混合・ロタウイルス・BCG・麻疹風疹(MR)・水痘・おたふくかぜ・日本脳炎  
生ポリオ・不活化ポリオ・3種混合・子宮頸癌・その他( )

## 家族構成・家庭環境について

本人との続柄	年齢 / 職業	病歴(花粉症・小児喘息など)・入院歴
父	/	
母	/	
兄・姉・弟・妹	/	
兄・姉・弟・妹	/	

☆ご自宅や定期的に行く祖父母・友人宅でのペットは飼っていますか？

なし あり → ( ) 宅で ( ) を飼っている

☆周りに喫煙者はいますか？ いない いる → どなたですか？ ( )

本日はどのようなことで受診されましたか？	体温	℃	身長	cm	体重	kg
----------------------	----	---	----	----	----	----

現在飲んでいるお薬はありますか？ なし・あり(薬の名前 ) ※お薬手帳を提出してください

飲み薬の希望に○を付けてください シロップ・粉・錠剤 解熱剤の希望 なし あり (座薬・粉・錠剤)

これまでアレルギーの検査を受けたことがありますか？ なし・あり (※検査結果を提出してください)

### ☆食物アレルギーで診察ご希望の方にお尋ねします

これまで何か食べた後で2時間以内に症状が出たことはありますか？ なし・あり・不明

※ ありの場合→食品名: 症状が出たときの様子:

### ☆アトピー性皮膚炎と診断されている方・肌のトラブルで診察ご希望の方にお尋ねします

いつ頃から、どこに湿疹が出始めましたか？ 歳 ヶ月 頃 体の場所:

現在の皮膚の状態は、今までのうちで一番ひどい時を10とすると、いくつくらいですか？ くらい

現在、使用している薬があれば記入して下さい。(内服薬・塗り薬など。お薬手帳があれば提出してください。)

### ☆喘息と診断されている方・喘息で診察ご希望の方にお尋ねします

いつ頃から、ゼーゼー・ヒューヒューした、または風邪の時などに喘息と言われましたか？ 歳 ヶ月 頃

定期的内服薬・吸入薬、使用している吸入器などがあれば記入して下さい。(お薬手帳があれば提出してください。)

吸入器名: