

お名前 (ふりがな) _____ 男・女 生年月日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 (〒 _____) _____ TEL _____

来院時年齢 【 _____ 才 _____ ヶ月】 体温 【 _____ ℃】 身長 【 _____ cm】 体重 【 _____ kg】

出生体重 【 _____ g】・新生児期異常あり なし・先天性 (生まれつき) の病気あり (病名 _____) なし

・発達・発育で気になることがありますか? **あり**→ (内容: _____) **なし**

★本日はどのようなことで受診されましたか?

★現在飲んでいるお薬: なし ・ あり (薬の名前 _____) (お薬手帳提出してください)

☆お薬 (のみぐすり) のご希望があれば、○をお願いします。 _____ シロップ _____ ・ 粉 _____ ・ 錠剤 _____

★これまで受けた予防接種 (ワクチン) に○をつけてください。

BCG・ヒブ・肺炎球菌・生ポリオ・不活化ポリオ・3種混合・4種混合・ロタウイルス・B型肝炎・麻疹風疹 (MR)・水痘

おたふくかぜ・日本脳炎・子宮頸癌・その他 (_____)

★これまでかかった病気・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・気管支炎・肺炎・じんましん・花粉症・胃腸炎

・入院を伴った病気→ (病名 _____ 病院 _____) その他 (_____)

☆食物アレルギーと診断されている方、食物アレルギーで診察ご希望の方にお尋ねします。

1) アレルギーの検査は受けたことがありますか? **あり** (検査結果提出してください) **なし**

2) 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** **不明**

あり→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。

1) (_____ 才 _____ ヶ月) から (体の場所: _____) に湿疹がではじめた。

2) 現在使用している薬はありますか? **なし** お薬手帳: **あり** (お薬手帳提出してください) ・ **なし**

あり→ (_____)

3) アレルギーの検査は受けたことがありますか? **あり** (検査結果提出してください) **なし**

4) 皮膚の状態は今までのうちで一番ひどい時を10とすると現在いくつくらいですか? (_____) くらい

☆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。

1) (_____ 才 _____ ヶ月) 頃からゼーゼー・ヒューヒューした、もしくは風邪の時などに喘息と言われたことがあった。

2) 定期的の内服薬・吸入薬などはありますか? **あり** (お薬手帳提出してください) → (_____) **なし**

3) アレルギーの検査は受けたことがありますか? **あり** (検査結果提出してください) **なし**

4) 吸入器はお持ちですか? (吸入器名 _____)

★家族構成・家庭環境についてお尋ねします。

本人との続柄	職業/年齢	既往歴 (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友人宅や祖父母宅でのペットは飼っていますか?

あり (_____) 宅で (_____) を飼っている **なし**

☆周りに喫煙者はいますか? **はい**→どなたですか? (_____) **いいえ**

☆集団生活 (保育園・幼稚園・学校): **あり** (施設名 _____) / **なし**

★この用紙を記入した方に○をつけてください。 父・母・その他 (_____)