

フリガナ		電話番号	( ) -
お名前	男・女	携帯番号	- -
住所	〒 -	緊急連絡先住所	
生年月日	年 月 日生	電話番号	( ) -
ご来院の理由		来院時体温	℃
ご来院の理由		来院時体温	℃
家族情報 (御家族に下記の疾患の方はいらっしゃいますか)		個人情報 (母子手帳を参照して下さい)	
結核 無・有 (どなた )	同居家族構成	分娩された病院：( )	
遺伝疾患 無・有 (どなた )		在胎 週 日, 出生体重 g	
病名		妊娠中問題となったこと 無・有 ( )	
アレルギー疾患 無・有 (どなた )		分娩で問題となったこと 無・有 ( )	
肝疾患 無・有 (どなた )		乳児期栄養：( 母乳・ミルク・混合 )	
他に御家族によくみられる疾患		新生児期黄疸 (○をつけてください) ( 軽度・普通・高度 ) ( 治療を要した )	
< 予防接種歴 >		新生児期血便	無・有
BCG (未・済)	MR 1期(未・済) 2期(未・済)	痙攣	無・有 ( 年齢： 歳 回数： 回 )
四種混合 I期 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済) 追加(未・済)	麻疹(はしか) 1期(未・済) 2期(未・済)	百日咳	未・かかった
II期(DT) (未・済)	風疹(三日はしか) 1期(未・済) 2期(未・済)	麻疹(はしか)	未・かかった
三種混合 I期 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済) 追加(未・済)		風疹	未・かかった
II期(DT) (未・済)		水痘(みずぼうそう)	未・かかった
不活化ポリオ I期 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済) 追加(未・済)		流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未・かかった
II期(未・済)	生ポリオ 1回(未・済) 2回(未・済)	突発性発疹	未・かかった
ヒブ 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済) 4回(未・済)		過去に入院された経験	無・有
肺炎球菌 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済) 4回(未・済)		病名： 病院：	
ロタ 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済)			
日本脳炎 I期1回(未・済) 2回(未・済)・追加(未・済) II期(未・済)			
水痘(みずぼうそう) 1回(未・済) 2回(未・済)			
流行性耳下腺炎(おたふく) 1回(未・済) 2回(未・済)			
B型肝炎 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済)			
いつからどのような事がご心配でしょうか？ また、どのような事をお聞きになりたいですか？			
現在の次の一般状態についてお書き下さい。 ・ごきげんは？ ( 良い・悪い )      ・食欲は？ ( 普通・ない )      ・睡眠は？ ( 普通・悪い ) ・便通は？ ( 1日 回 )      ・便の性状？ ( 普通 硬い 軟らかい 下痢 ) ・排尿？ ( 良好・少ない )      ・牛乳アレルギー？ ( 有・無 )      ・卵アレルギー？ ( 有・無 ) ・薬剤アレルギー？ ( 有・無 )      ・内服薬？ ( 有・無 )			