

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		
			電話番号	() —	
生年月日	年 月 日生		(歳 か月)	平熱 ℃	
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:() 在胎 週 日, 出生体重 g 妊娠中問題となったこと 無 ・ 有() 分娩で問題となったこと 無 ・ 有()		
遺伝疾患 無 ・ 有 (どなた) 病名			乳児期栄養: (母乳 ・ ミルク ・ 混合)		
アレルギー疾患 無 ・ 有 (どなた)			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)		
肝疾患 無 ・ 有 (どなた)			新生児期血便 無 ・ 有		
他に御家族によくみられる疾患			痙攣 無 ・ 有 (年齢: 歳 回数: 回)		
< 予防接種歴 >			百日咳 未 ・ かかった		
四種・五種 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） 未 ・ かかった		
肺炎球菌 1回(未・済) 2回 (未・済) 3回 (未・済) 4回 (未・済)			風疹 未 ・ かかった		
ロタリックス・ロタテック 1回(未・済) 2回 (未・済) 3回 (未・済)			水痘（みずぼうそう） 未 ・ かかった		
B型肝炎 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済)			流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 未 ・ かかった		
ヒブ 1回(未・済) 2回 (未・済) 3回 (未・済) 4回 (未・済)			突発性発疹 未 ・ かかった		
BCG (未・済)			過去に入院された経験 無 ・ 有 病名: 病院:		
MR 1期 (未・済) 2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)					
三種混合 I 期 1回 (未・済) 2回 (未・済) 3回 (未・済) 追加 (未・済)					
不活化ポリオ I 期 1回(未・済) 2回 (未・済) 3回 (未・済) 追加(未・済)					
生ポリオ 1回 (未・済) 2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)					
二種混合（DT）(未・済)					
HPV() 1回(未・済) 2回 (未・済) 3回 (未・済)					
いつからどのような事をご心配でしょうか？ 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)					