

プリガナ			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(歳)	か月)

ご来院の理由

来院時体温

°C

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)		乳児期栄養: (母乳・ミルク・混合) 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))			
病名 アレルギー疾患 無・有 (どなた)		新生児期血便 無・有 痙攣 無・有 (年齢: 歳 回数: 回)			
肝疾患 無・有 (どなた)		百日咳 未・かかった 麻疹 (はしか) 未・かかった			
他に御家族によくみられる疾患		風疹 未・かかった 水痘 (みずぼうそう) 未・かかった 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 未・かかった 突発性発疹 未・かかった			
< 予防接種歴 >		過去に入院された経験 無・有 病名: 病院:			
四種・五種 混合 I期 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済) 追加(未・済) 肺炎球菌 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済) 4回(未・済) ロタリックス・ロタテック 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済) B型肝炎 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済) ヒブ 1回(未・済) 2回(未・済) 3回(未・済) 4回(未・済) BCG (未・済) 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)				