



ふりがな			
氏名	(男・女)		
生年月日	年	月	日生(才ヵ月)
住所			
電話番号	自宅	携帯	
メールアドレス			
当院を何でお知りになりましたか <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他のインターネット <input type="checkbox"/> その他( )			

## 1. 本日は、どのような症状で受診されましたか

- ・風邪のような症状： 発熱(      °C)  鼻水  のどの痛み  せき  ゼーゼーしている  頭痛
- ・お腹の症状： 腹痛  嘔気・嘔吐  下痢  便秘  食欲不振
- ・アレルギー： 喘息  湿疹  アトピー性皮膚炎  花粉症
- ・皮膚の症状： 肌荒れ  皮膚のかさかさ  湿疹
- ・その他： 予防接種  乳児健診  健康診断

[ ]

## 2. その症状はいつごろからありますか

- 今日  昨日  2～3日前  1週間前  その他( )

## 3. お子様の発育についてお尋ねします

- ① 出生体重(      ) g
- ② 在胎週数(      ) 週
- ③ 分娩時に異常はありましたか？
- はい(      )
- いいえ
- ④ 出生時に異常はありましたか？
- はい(      )
- いいえ
- ⑤ 身体の発育や運動の発達に遅れはありましたか？
- はい
- いいえ
- ⑥ 乳児期の栄養は？
- 母乳(      )ヵ月まで  ミルク  混合栄養

## 4. これまでにかかったことのある病気はありますか

- 麻疹  風疹  おたふくかぜ  水痘  その他( )

## 5. 現在、治療中の病気はありますか？ また、その治療の為に飲んでお薬はありますか

- はい(病名      )
- (薬剤名      )

☆お薬手帳をお持ちでしたら一緒にお見せ下さい。

 いいえ

## 6. 熱性けいれんを起こしたことはありますか？ また、いつごろですか

- はい(平成      年      月頃：      才      ヵ月)

 いいえ

## 7. これまでに、薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか(お薬のアレルギーはありますか)

- はい(薬剤名      )

 いいえ

## 8. これまでに、何か食べて具合が悪くなったことはありますか(食物アレルギーはありますか)

- はい(食物名      )

 いいえ

ご記入ありがとうございました。

※母子手帳をお持ちでしたら、一緒に提示をお願いします。

※保険証・医療証は確認のため、コピーさせていただいています。