

## はじめて来院された方へ

ふりがな		男・女	年 月 日生( 歳 か月)	
お名前			被保険者(世帯主)との続柄	
ご住所	〒		電話番号	(自宅)
				(携帯)

今の体温 \_\_\_\_\_ °C      今の体重 \_\_\_\_\_ kg

### 1. 今日はどうなことでこられましたか？

熱 ( \_\_\_\_\_ °C)、咳、鼻水、下痢、血便、嘔吐、腹痛、発疹、喉の痛み、頭痛、食欲がない、  
元気がない、その他 \_\_\_\_\_

### 2. その症状はいつからですか？ \_\_\_\_\_

### 3. 出生時について

体重 \_\_\_\_\_ g、 出生の週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日、出生時の状態 (正常・異常)

### 4. 今まで大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない、 ある (その病気 \_\_\_\_\_ )

### 5. これまでアレルギーを指摘されたことはありますか？

ない、 ある (気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、食物アレルギー、薬、  
予防接種、その他 \_\_\_\_\_)

### 6. 今までにかかった病気はありますか？

百日咳、麻疹 (はしか)、水痘 (みずぼうそう)、おたふくかぜ (ムンプス)、風疹、  
突発性発疹、ひきつけ、その他 \_\_\_\_\_

### 7. 今までに受けた予防接種に○をつけてください。

ヒブ、肺炎球菌、4種混合 (DPT-IPV)、B型肝炎、ロタ、MR(麻疹・風疹)、  
水痘 (みずぼうそう)、おたふくかぜ (ムンプス)、日本脳炎、子宮頸がん  
その他 \_\_\_\_\_

### 8. 乳幼児時期の発達について

笑う ( \_\_\_\_\_ か月)、首のすわり ( \_\_\_\_\_ か月)、お座り ( \_\_\_\_\_ か月)、歩き始め ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月)  
健診で指摘されたことがある \_\_\_\_\_

### 9. ご家族についてお書きください。同居者は囲んでください。

ご病気の方がいらしたらお書きください。



### 10. 当クリニックをどちらでお知りになりましたか？○をつけてください。

家族・知人から    ネットから    看板広告    その他 ( \_\_\_\_\_ )