



● 発疹（ぶつぶつ）などがあり、感染する可能性が疑われる場合、お申し出ください。

ふりがな

お名前 _____ 男・女 _____ 出生時体重 _____ g

〒 _____

ご住所 _____

TEL _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)

携帯 _____ 現在の体温 _____ ℃ 体 重 _____ kg

1、今日は、どのような症状でこられましたか？

発熱・咳・ゼーゼー・鼻汁・鼻づまり・嘔吐・下痢・腹痛・発疹・湿疹・喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー

その他 (_____)

2、アレルギーがありますか？ なし・あり

薬 (_____) 食べ物 (_____) その他 (_____)

3、今までにかかれた病気に○印をしてください。*大きな病気は必ずお書きください

熱性けいれん・無熱性けいれん・発達異常・川崎病・喘息・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・突発性発疹

みずぼうそう・おたふく・はしか・風疹・その他 (_____)

4、今までに入院されたことはありますか？ なし・あり

病名 (_____) ⇒ (_____ 歳 _____ ヶ月)

5、予防接種を受けられた項目に○印をしてください。

BCG [未・済]

ポリオ [未・1回・2回]

三種混合 (DPT) [1期初回 (1回・2回・3回) ・1期追加・2期 (DT小6)]

麻疹 (はしか) [未・1回・2回]

風疹 (三日ばしか) [未・1回・2回]

麻疹風疹 (MR) [未・1回・2回]

水痘 (水ぼうそう) [未・済]

ムンプス (おたふくかぜ) [未・済]

日本脳炎 [1期初回 (1回・2回) ・1期追加・2期・3期]

6、出産時に異常がありましたか？ なし・あり

異常の内容 (_____)

7、ご相談されたいことがございましたら何でも気軽に遠慮なくお書きください。

もちろん診察室に入られてからでも結構です。

(_____)