

はじめて診察を受けられる方へ

ふりがな

診察される方の氏名

生年月日 平成・令和 年 月 日 (才 ヶ月、男・女)
住所 〒 - ※郵便番号もおわかりになりましたらご記入ください。

県・都・府・道 市・町・村

☎ 電話 - - (父・母携帯)

1 どうなされました (いつからですか? 例 2, 3日前から)

- 発熱 (日前～)
- 頭痛 (日前～)
- 鼻水 (日前～)
- 咳 (日前～)
- 咽頭痛 (日前～)
- 喘鳴・ゼーゼーする (日前～)
- 耳痛 耳下腫脹 (日前～)
- 吐き気・むかつき (日前～)
- 嘔吐 下痢 (日前～)
- 腹痛 (日前～)
- 便秘 (日前～)
- 食欲不振 哺乳不良 (日前～)

体重 _____ k g

熱 _____ °C

- 発疹 (日前～)
- 皮ふのかゆみ、湿疹 (日前～)
- 外陰部・お尻の痛み、発赤 (日前～)
- 成長相談 ()
- 夜尿 ()
- 心電図異常、心臓の異常 ()
- その他 _____ (日前～)

2 発育の経過

妊娠中の異常 (無・有)	在胎週数 (週 日)
分娩の経過 (頭位・骨盤位・帝王切開)	首の座り (ヶ月)
新生児仮死 (無・有)	寝返り (ヶ月)
黄疸 (無・普通・強)	お座り (ヶ月)
出生時体重 (g)	はいはい (ヶ月)
出生時身長 (cm)	つかまり立ち (ヶ月)
胸囲 (cm)	つたい歩き (ヶ月)
頭囲 (cm)	ひとり歩き (ヶ月)

発育時の栄養法は(母乳・人工乳・混合)

3 受けた事があるワクチンをチェックして下さい。

ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 四種混合 ロタウイルス BCG 三種混合 ポリオ
MR(麻疹・風疹混合) 麻疹 風疹 水ぼうそう おたくふくかぜ 日本脳炎 DT

4 いままでにかかったことのある病気にチェックして下さい。

水ぼうそう おたくふくかぜ 百日咳 麻疹 風疹 突発性発疹 じんましん
ぜんそく アトピー性皮膚炎 その他()

5 今までに食事・注射・飲み薬・塗り薬などで異常がおきたことがありますか。

6 現在、服用されている薬ありますか。

7 家族歴<現在>

父 才 健康状態 ()
母 才 健康状態 ()

兄弟姉妹構成(本人も含め)

1 才 男・女
2 才 男・女
3 才 男・女
4 才 男・女

8 ご家族に病気の方がいらっしゃいますか

無・有 ()

9 車種(色):

ナンバー:

あらかわファミリークリニック 251-0808