

ふりがな _____

お子さま氏名 _____ (男・女)

生年月日 平成 年 月 日

年 齡 満 歳 ヶ月 第 子

〒 _____

住 所 _____

電話番号 (自宅) _____ 携帯 _____ 父 母

ご通園・ご通学先 _____ きょうだい受診歴 あり ・ なし

現在のお子さまの
 体重 _____ kg
 身長 _____ cm
 体温 _____ °C

(1) 本日はどうされましたか。 ○をしてください。

熱 ・ せき ・ たん ・ ぜいぜい ・ はなみず ・ 便秘
 はきけ ・ おうと ・ げり ・ おなか痛い ・ 頭が痛い ・ ほっしん ・ その他

(2) 具体的な症状は？

例) 2日前より発熱 37.6 昨日より鼻水・咳込み 今日昼 38℃ 下痢 嘔吐 食欲なし など

(3) 今までかかったことのある病気に○をして下さい。 特になし

心臓病 ・ 腎臓病 ・ 熱性けいれん ・ てんかん ・ 尿路感染症 ・ 川崎病
 中耳炎 ・ クループ ・ 手術 (歳 ヶ月) ・ その他 ()

(4) 今までにかかったことのある感染症に○をして下さい。 特になし

はしか ・ 風しん ・ おたふくかぜ ・ みずぼうそう ・ 百日咳 ・ 結核
 RS ウイルス ・ 突発性発疹 ・ その他 ()

(5) 今までかかったことのあるアレルギー疾患に○をして下さい。 特になし

アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 (喘息様気管支炎・咳喘息など) ・ 食物アレルギー
 アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ 花粉症 ・ 蕁麻疹

(6) ご家族や親戚の方で下記の病気の方はいらっしゃいますか？ 特になし

アレルギー ・ けいれん ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ その他 ()

(7) 出生時の状況について教えてください。

出生体重 g 生まれたときの週数 週
 赤ちゃんに異常がありましたか？ なし・あり ()

(8) 薬・食べ物・予防接種などにアレルギーはありますか？

いいえ・はい ()

(9) その他 何かご不明な点やご心配な点がございましたらご記入ください。