

初めて受診された方はご記入下さい。

フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	年 月 日
			第 () 子
住所	〒 -	電話番号	

★ 本日の受診の目的で当てはまるものに○をつけて下さい。

診察 予防接種 乳幼児健診 発達相談 その他 ()

★ 今までにかかった病気などがあれば○をつけて下さい。

はしか(麻しん) 水痘 風しん おたふくかぜ 突発性発疹 中耳炎 尿路感染症
ひきつけ(熱性けいれん) 外科手術 (その他)

★ お薬や食品に対するアレルギーはありますか？

なし・あり (具体的に)

★ 継続して処方されているお薬はありますか？ (てんかんのお薬、ぜん息のお薬など)

なし・あり (具体的に)

★ 出生時のことを教えてください。

出生週数 (週 日) 出生体重 (g)

出生時に何か異常がありましたか？ なし・あり (具体的に)

★ 発達について教えてください。

首のすわり (カ月), 寝返り (カ月), ハイハイ (カ月)

ひとり歩き (歳 カ月), 意味のあることば (歳 カ月)

★ 同居のご家族の方に○をつけて下さい。

お子さんの 父・母・祖父・祖母・兄・姉・弟・妹・その他 ()

★ どちらの園、学校に通われていますか？

(保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校) ・通っていない

★ 診察の方は、本日の症状について別紙(小さい問診票)にも詳しくご記入下さい。

また、おくすり手帳をお持ちの方は、ご提示下さい。

★ 予防接種や乳幼児健診の方で、他に気になることがございましたら、自由にご記入下さい。

()

