

はじめて来院された方へ

平成 年 月 日

お名前 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳 体重 _____ kg

◎お子様について、記入もしくは○で囲んでください。

★熱性けいれんについて

①熱性けいれんを起こしたことが・・・(ある・ない)

②(①で「ある」の方)

予防投与は・・・(している・していない)

★アレルギーについて

①家族にアレルギー体質の方は・・・(いる(だれ?)・ない)

②これまでに食べ物で発疹が出たことは・・・(ある・ない)

③薬を飲んで具合が悪くなったことは・・・(ある・ない)

④アトピー性皮膚炎と言われたことが・・・(ある・ない)

⑤気管支喘息(喘息様気管支炎)といわれたことが・・・(ある・ない)

⑥アレルギー性鼻炎/結膜炎といわれたことが・・・(ある・ない)

⑦(④, ⑤, ⑥で「ある」の方)

現在、治療は・・・(している(具体的に)・していない)

★次の病気にかかったことがありますか？

突発性発疹 水ぼうそう おたふく

視力障害 聴力障害 骨折 その他()

★これまでに受けた予防接種は？

BCG ポリオ DPT(ジフテリア・百日咳・破傷風) 四種混合(ポリオ+DPT)

MR(麻しん・風しん) ヒブ 肺炎球菌 ロタ 日本脳炎 水ぼうそう

おたふく B型肝炎 その他()

~~~~~  
◎症状をおたずねいたします

★本日はどうされましたか？

★それは、いつからですか？