

ID

氏名

記入日

年 月 日

1. 当クリニックを受診されたのはどのようなきっかけ、理由ですか

[]

2. どのような症状がありますか

[]

3. 受診されるお子様について、以下の質問の該当するものに☑、（ ）に詳細をご記入下さい

①妊娠中、出産時の状況

- ・妊娠中の異常 ☐なし ☐あり（具体的に)
- ・妊娠中の薬剤服用 ☐なし ☐あり（具体的に)
- ・在胎（ ）週（ ）日 出生体重（ ）g

②近親者での血族結婚の有無

- ☐なし ☐あり（どなたが 例 両親 祖父母)
- (ご関係 例 いとこ同士)

③予防接種が済んだもの

- ☐BCG ☐DPT-IPV(4種混合) (回目) ☐Hib (回目)
- ☐肺炎球菌 (回目) ☐MR (回目) ☐水痘 (回目) ☐日本脳炎 (回目)
- ☐B型肝炎 (回目) ☐ロタウイルス(回目) ☐おたふくかぜ(回目)
- ☐その他(具体的に)

④現在までに診断や治療をうけたことがある病気

- ☐風疹 ☐麻疹 ☐おたふくかぜ ☐水痘 ☐インフルエンザ ☐川崎病
- ☐扁桃炎 ☐腎炎 ☐RSウイルス ☐その他(具体的に)

⑤アレルギーについて

- 喘息 ☐なし ☐あり(最終発作 歳) ☐喘息の気がある ☐不明
- 造影剤 ☐なし ☐あり(症状) ☐不明
- 薬剤 ☐なし ☐あり(薬品名) ☐不明
- 食物 ☐なし ☐あり(食品名) ☐不明
- その他()

4. 家族構成、およびご家族の病気について下図を参照しご記入下さい

男性□ 女性○ 本人は◎の記号で記載し同居者を○で囲って下さい

既往歴があればご記入し、亡くなっている方は黒で塗って下さい

例 5人暮らし

