

医療法人 長井小児科医院 初診時間診票

記入日 平成 年 月 日

お名前（ふりがな）		電話番号	
		☎	
生年月日	年	月	日   性別 男・女
住所（郵便番号）		緊急時の連絡先	
		☎	
		☎	
★通園・通学先名をお教え下さい（ ）＊行かれていない方は記入されなくて結構です			
★出産の際、何か異常がありましたか？		無 ・ 有 （ ）	
★生まれつきの病気はありますか？		無 ・ 有 （ ）	
★栄養法（現在授乳中の方）		母乳 ・ 混合 ・ 人工	
★今までかかった事がある病気に○をつけてください。			
突発性発疹 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 喘息 ・ 気管支炎 ・ インフルエンザ			
じんましん ・ 肺炎 ・ 中耳炎 ・ その他 （ ）			
ひきつけ（けいれん） 無 ・ 有 （最後に起こしたのはいつですか？ 年 月 頃 ・ 歳頃）			
★入院歴 無 ・ 有 （いつ頃 年 月 頃 ・ 歳頃）（病名			
★おくすりや食物のアレルギーはありますか？ 無 ・ 有 （ ）			
★ご家族の方でアレルギー性の病気（喘息・鼻炎・アトピー性皮膚炎など）があるといわれた方はありますか？			
いいえ・はい（はいの方は分かる範囲でお書き下さい）どなたが（ ）病名（ ）			
★今までに受けた予防接種			
三種混合（1期初回・1期追加・2期）・四種混合（1期初回・1期追加）・BCG・ポリオ・ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチン			
麻疹風疹混合（MR）・麻疹・風疹・日本脳炎・水ぼうそう・おたふくかぜ・子宮頸がん予防・その他（ ）			
★今現在、服用中のお薬があれば教えてください。薬剤名（ ）			
★お薬の希望			
水薬・粉薬・錠剤・その他（ ）			
★心配なこと・聞きたいことがありましたら、ご記入下さい。			