

医療法人 長井小児科医院 初診時間診票

記入日 令和 年 月 日

お名前（ふりがな）		電話番号
		☎
生年月日 年 月 日()歳	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 ・ 風しん ・ 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		
ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチン・B型肝炎・四種混合（1期初回・1期追加）・BCG・ロタウイルス・ポリオ・三種混合		
麻疹風しん混合（MR）・麻疹・風しん・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。		