

医療法人 長井小児科医院 初診時間診票	
記入日 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 (わかる範囲で結構です)	
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 ()	
★現在の症状を○で囲んでください。	
熱 (°C) 鼻水 鼻づまり せき たん ぜーぜー げり 嘔吐 おなかの痛み のどの痛み 頭の痛み	
おたふくかぜの疑い 水ぼうそうの疑い その他の症状 ()	
★体重	kg
★心配なこと・聞きたいことがありましたら、ご記入下さい。	