

初めて受診される患者さまへ

平成 年 月 日

住所 〒 _____ 電話番号 _____ () _____

ふりがな
お名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日
() 人兄弟の () 番目

診察までに次の事項について、お分かりになる範囲で記入あるいは○印をお付けください。

I. 出産・発育について

- ① () 週 () 日で出生 出生時の体重 () g
- ② 分娩 (普通・逆子・吸引・鉗子・帝王切開)
- ③ 出産 (安産・異常なし・難産で産声が遅れた：詳細)
- ④ 妊娠中のお母さんの異常 無・有 (高血圧・蛋白尿・尿糖・手足のむくみ)
- ⑤ 黄疸 無・普通・長引いた・光線療法・交換輸血

II. 今までに、この児がかかった病気があれば○で囲み、何才の時か書いてください。

- ・突発性発疹 () 才 ・はしか () 才 ・風疹 () 才
- ・水ぼうそう () 才 ・おたふくかぜ () 才
- ・けいれん・熱性けいれん () 才
- ・てんかん () 才 () か月
- ・ぜんそく性 (ぜんそく様) 気管支炎 () 才
- ・アトピー性皮膚炎 () 才
- ・ぜんそく () 才 ・その他アレルギー性疾患 (鼻炎・結膜炎・じんましんなど) () 才
- ・その他大きな病気、または入院した事があれば病名をお書きください。
(いつ： 病名：)

III. 今までに薬や食べ物・その他で、じんましんが出たり、体調が悪くなった事がありますか？

- ・食事のアレルギー (無・有)
- ・薬のアレルギー (無・有)
- ・その他のアレルギー (無・有)