

ふりがな		生年月日 平成 年 月 日 歳 か月
患者氏名	男・女	携帯番号
自宅住所 〒 -		実家住所 〒 -
電話番号 ()		電話番号 ()

症状に○印をお願いします

発疹 発熱 咳 鼻水 下痢 嘔吐 目やに おへそ 黄疸 おむつかぶれ
その他 ()



御家族について

喫煙はしますか？ (母・父・)

何人兄弟ですか？ (歳 男・女)、(歳 男・女)、(歳 男・女)

兄弟・父母のご病気： 喘息、鼻炎、花粉症、アトピー、ひきつけ、その他()



生まれた時のこと

生まれた病院 (堀病院・ その他の病院)

生まれた時の体重 (g)、 生まれた週数 (週)

妊娠中に異常はありましたか？ (いいえ・はい)

生まれた後元気でしたか？ (はい・いいえ)



栄養方法について ○をつけてください

母乳・混合・人工乳・離乳食____回・普通の食事・



これまでの病気

ひきつけ・喘息発作・アトピー・RS ウイルス感染症・その他()



アレルギーについて

飲み薬・注射で副作用がでたことがありますか？ (いいえ・はい・不明)

どんな薬でしたか？ ()

食品のアレルギーはありますか？ (いいえ・はい・不明)

食品は何ですか？ ()



予防接種 すんだものに○をつけてください

Hib____回・肺炎球菌____回・HB (B型肝炎)____回・ロタウイルス____回・BCG

DPT (三種混合)____回・ポリオ____回・DPT-IPV (四種混合)____回

MR (麻疹風疹)・水痘・おたふくかぜ・日本脳炎・インフルエンザ

これをお書きになった方の続柄 (母・父・祖母・)

御署名 _____