

初めて来院された方へ ID _____ 記入年月日： _____ 記入者： _____

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 ____年 ____月 ____日 (____歳 ____ヵ月)

(愛称 _____)

男・女

今までにかかった病気を教えてください

- ・水痘・おたふくかぜ・百日咳・麻疹・風疹・突発性発疹・熱性けいれん
- ・その他 (_____)

生まれたときの体重は? _____ g 何週でしたか? _____ 週

新生児期に異常がありましたか? ・なし ・あり (_____)

慢性の病気がありますか? ・なし ・あり (_____)

何か薬を飲んでいますか? ・なし ・あり (_____)

アレルギーがありますか? ・なし ・あり (_____)

健診で特別な注意が必要と言われたことがありますか?

・なし ・あり (_____)

入院をしたことがありますか? ・なし ・あり (_____)

手術を受けたことがありますか? ・なし ・あり (_____)

予防接種はどれがすんでいますか?

ヒブ (1,2,3,追加)、肺炎球菌 (1,2,3,追加)、4種混合 (I期 1,2,3, I期追加)

B型肝炎 (1,2,3)、ロタ (1,2,(3))、BCG、

MR:麻疹風疹混合 (I期、II期)、

日本脳炎 (I期 1,2, 追加、II期)、水痘 (1,2)、おたふくかぜ (1,2)、

3種混合 (I期 1,2,3, I期追加)、2種混合 (II期)

生ポリオ (1,2) or 不活化ポリオ (1,2,3,4,)

子宮頸がん (1,2,3)、その他 (_____)

きょうだいはいいますか? ・いない ・いる (_____ 人きょうだいの _____ 番目)

家族に喫煙者はいいますか? ・いない ・いる (母・父・その他 _____)

幼稚園・保育園・学校などの名前: _____

医師・看護師などスタッフに伝えておきたいことがありますか?

Web _____