

＜ 予 診 表 ＞

記入日 年 月 日

◆お子さまのことについて 教えてください

ふりがな 氏 名		男 女	生 年 月 日 S ・ H 年 月 日
住所	〒 -	電話(自宅)	- -
		(携帯)	- -

◆予防接種について 《 接種されたものに○をしてください 》

BCG ポリオ(生・不活化)(1回・2回・3回・追加) 三・四種混合(1期1回・2回・3回・追加)
はしか・風疹(MR)(Ⅰ期、Ⅱ期) おたふくかぜ 水ぼうそう 日本脳炎(1期1回・2回・追加)
肺炎球菌(計 回) ヒブワクチン(計 回) ロタウイルス(計 回) B型肝炎(計 回)

◆今までにかかった病気について

①次の病気にかかったことがあれば○をしてください

はしか・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・百日咳・突発性発疹・中耳炎

②ひきつけたことがありますか (いいえ・はい 才ごろ 回)

③喘息と言われたことがありますか (いいえ・はい 才ごろから)

④今までに大きな病気にかかったことがありますか

(いいえ・はい 病名)

⑤今までに入院したことがありますか

(いいえ・はい 病名 期間)

◆お子さんの体質について

① いままで薬で発疹がでたり、気分が悪くなったことがありますか？

(なし・あり 薬剤名)

② 食物に対するアレルギーはありますか

(なし・あり 食物名)

◆ご家族のことについて (アレルギーなど)

父 歳 健康状態 () 母 歳 健康状態 ()

お子さんは、兄弟 人中第 番目 他の兄弟の健康状態 ()

◆生まれた時の状態について

生下時体重 () g 、 妊娠 () 週で出産

安産・難産 新生児黄疸 (重度・ふつう・なし)

◆発達について

①頤が座ったのは () か月 ②お座り () か月

③独歩 () か月 ④人見知り () か月

⑤意味のあることばを話すようになったのは () か月

◆当院をどのようにお知りになりましたか？

知人から・看板から・インターネットから・その他

ご記入ありがとうございました
古谷こどもクリニック