

かわかみこどもクリニック初診時間診票

令和 年 月 日 記入

以下の質問に分かる範囲内で記入して下さい。

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 生年月日 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 電話 _____ ()

現在の身長 _____ cm 体重 _____ kg お子さんは _____ 人兄弟(姉妹)の _____ 番目

現在通園(学)している保育所(園), 幼稚園, 学校 _____ 保育園(所), 幼稚園小学校

出生時のようすについて

在胎 _____ 週 出生体重 _____ g 身長 _____ cm 頭位 _____ cm

新生児期の異常 無し 有り(仮死, 黄疸, その他 _____)

発達について

首のすわり _____ か月 おすわり _____ か月 独歩 _____ か月

今まで受けた予防接種

BCG 五種(四種, 三種)混合(1, 2, 3, 追加, DT) ポリオ(1, 2, 3, 4)

麻しん風しん(1, 2) おたふくかぜ(1, 2) 水痘(1, 2)

ヒブ(1, 2, 3, 追加) 肺炎球菌(1, 2, 3, 追加)

日本脳炎(1, 2, 追加,) ロタ(1, 2, 3) B型肝炎(1, 2, 3)

子宮頸がん(1, 2, 3) その他

乳児健診で何か指摘されたことがありますか 無し 有り(具体的に _____)

今までにかかった病気にチェックし, 何歳の時か書いてください

突発性発疹(歳) はしか(歳) 風疹(歳)

みずぼうそう(歳) おたふくかぜ(歳)

熱性けいれん(歳) てんかん(歳) 喘息様気管支炎(歳)

その他大きな病気, または入院したことがあれば病名を書いてください

アレルギーについて

薬や食物のアレルギーがありますか 無し 有り(具体的に _____)

以下のアレルギー性疾患があれば, チェックしてください

気管支喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎

じんましん

ご家族にアレルギー性疾患の方がいますか

(祖父母, 父, 母, 兄弟姉妹 アトピー性皮膚炎, 気管支喘息, アレルギー性鼻炎)

その他, スタッフに伝えたいことがあれば記入して下さい
