

初めて受診される方へ

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 太線で囲んだ中のみご記入ください。

ふりがな 氏名		男 女	生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
住所	〒 _____	電話			
		(自宅)	_____ - _____		
		(携帯)	_____ - _____		
家族構成	父：_____歳 母：_____歳 一緒に住んでいるのは全員で_____人 兄弟全員で_____人・この子は_____番目 *ペット：なし・あり () ☆ 当クリニックを受診されたことがある兄弟は：(*お名前をひらがなで)				
家族の病気 *本人除く	誰が () 喘息・アレルギー・肝炎・結核・その他 () ☆ タバコを吸っている人は ()				
出生	自然分娩 ・ 帝王切開 何か問題は？ () 出生時体重 _____g 週数 _____週				
成長発達	指摘なし ・ 指摘あり ()				
予防接種歴	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> ☆B型肝炎： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ☆ロタウイルス <small><ロタ></small> ロタリックス： 1回 ・ 2回 14w6d / ロタテック： 1回 ・ 2回 ・ 3回 24w0d / ☆肺炎球菌： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ☆ヒブ： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ☆四種混合 DPT/IPV ・ 三種混合 DPT 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ☆BCG <small><サイン></small> / ☆経口ポリオ： 1回 ・ 2回 ☆不活化ポリオ： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> ☆麻疹風疹混合 MR： 1回 ・ 2回 麻疹(単独)： 1回 ・ 2回 風疹(単独)： 1回 ・ 2回 ☆水痘： 1回 ・ 2回 ☆おたふく： 1回 ・ 2回 ☆日本脳炎： 1期-1 ・ 1期-2 ・ 1期追加 ・ 2期 ☆二種混合 DT ☆子宮頸がん：(サーバリックス ・ ガーダシル) 1回 ・ 2回 ・ 3回 ☆インフルエンザ (1回でも) ☆その他： () </td> </tr> </table>			☆B型肝炎： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ☆ロタウイルス <small><ロタ></small> ロタリックス： 1回 ・ 2回 14w6d / ロタテック： 1回 ・ 2回 ・ 3回 24w0d / ☆肺炎球菌： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ☆ヒブ： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ☆四種混合 DPT/IPV ・ 三種混合 DPT 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ☆BCG <small><サイン></small> / ☆経口ポリオ： 1回 ・ 2回 ☆不活化ポリオ： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	☆麻疹風疹混合 MR： 1回 ・ 2回 麻疹(単独)： 1回 ・ 2回 風疹(単独)： 1回 ・ 2回 ☆水痘： 1回 ・ 2回 ☆おたふく： 1回 ・ 2回 ☆日本脳炎： 1期-1 ・ 1期-2 ・ 1期追加 ・ 2期 ☆二種混合 DT ☆子宮頸がん： (サーバリックス ・ ガーダシル) 1回 ・ 2回 ・ 3回 ☆インフルエンザ (1回でも) ☆その他： ()
☆B型肝炎： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ☆ロタウイルス <small><ロタ></small> ロタリックス： 1回 ・ 2回 14w6d / ロタテック： 1回 ・ 2回 ・ 3回 24w0d / ☆肺炎球菌： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ☆ヒブ： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ☆四種混合 DPT/IPV ・ 三種混合 DPT 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ☆BCG <small><サイン></small> / ☆経口ポリオ： 1回 ・ 2回 ☆不活化ポリオ： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	☆麻疹風疹混合 MR： 1回 ・ 2回 麻疹(単独)： 1回 ・ 2回 風疹(単独)： 1回 ・ 2回 ☆水痘： 1回 ・ 2回 ☆おたふく： 1回 ・ 2回 ☆日本脳炎： 1期-1 ・ 1期-2 ・ 1期追加 ・ 2期 ☆二種混合 DT ☆子宮頸がん： (サーバリックス ・ ガーダシル) 1回 ・ 2回 ・ 3回 ☆インフルエンザ (1回でも) ☆その他： ()				
	予防接種での副反応 (なし ・ あり [_____])				
今までにかかった病気に○印 [年齢]	・なし ・ 突発疹 [_____]歳 ・ <small>みずぼうそう</small> 水痘 [_____]歳 ・ おたふく [_____]歳 ・ <small>はしか</small> 麻疹 [_____]歳 ・ <small>三日はしか</small> 風疹 [_____]歳 ・ 川崎病 [_____]歳 ・ 熱性けいれん [_____]歳 ・ てんかん [_____]歳 ・ 喘息 [_____]歳 ・ アトピー [_____]歳 その他 (_____) *定期的に通院している病院 (_____)				
アレルギー	なし(あるいは不明) ・ あり (_____)				