

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-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☆B型肝炎： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ☆ロタウイルス <ロタ> ロタリックス： 1回 ・ 2回 ロタテック： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ☆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 ☆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%; vertical-align: top;"> ☆麻しん風しん混合 MR： 1回 ・ 2回 麻しん(単独)： 1回 ・ 2回 風しん(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 ・ シルガード) 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 <ロタ> ロタリックス： 1回 ・ 2回 ロタテック： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ☆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 ☆経口ポリオ ： 1回 ・ 2回 ☆不活化ポリオ ： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 | ☆麻しん風しん混合 MR ： 1回 ・ 2回 麻しん(単独)： 1回 ・ 2回 風しん(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 ・ シルガード) 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 <ロタ> ロタリックス： 1回 ・ 2回 ロタテック： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ☆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 ☆経口ポリオ ： 1回 ・ 2回 ☆不活化ポリオ ： 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 | ☆麻しん風しん混合 MR ： 1回 ・ 2回 麻しん(単独)： 1回 ・ 2回 風しん(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 ・ シルガード) 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 () | | | | |