

# 初診申込書 (0才~15才用)

平成 年 月 日

住 所

TEL ( )

ふりがな  
氏 名

生年月日 平成 年 月 日 ( 才 ヶ月)

・自費

・保険 { 国民保険 }  
          { 社会保険 }

父 ( 才)

母 ( 才)

1 男・女 ( 才)

2 男・女 ( 才)

3 男・女 ( 才)

4 男・女 ( 才)

1. 家系に次の様な人はいますか。

いない ( 1.結核 2.喘息 3.アレルギー性鼻炎 4.アトピー性皮膚炎 )  
いる → ( 5.じんましん 6.その他( ) それは誰ですか( ) )

2. 妊娠中に異常はありましたか。

1.無い 2.有る( )

3. 分娩時に異常はありましたか。

1.正常分娩 2.帝王切開 3.鉗子分娩 4.吸引分娩  
5.骨盤位分娩(さか子) 6.その他( )

4. 在胎週数( )

5. 生まれた時の黄疸はどうでしたか。

1.なし 2.普通 3.強度

6. 生まれた時に異常はありましたか。

1.異常なし 2.人工呼吸 3.酸素吸入 4.保育器使用

7. 生まれた時の体重( )g 1.出産場所( ) 2.母乳・混合・ミルク

|        |  |  |  |
|--------|--|--|--|
| BCG    |  |  |  |
| 生ポリオ   |  |  |  |
| 不活化ポリオ |  |  |  |
| ロタテック  |  |  |  |
| ロタリックス |  |  |  |
| ヒブ     |  |  |  |
| プレベナー  |  |  |  |
| 三種混合   |  |  |  |
| 四種混合   |  |  |  |
| MR     |  |  |  |
| 麻疹     |  |  |  |
| 風疹     |  |  |  |
| おたふく   |  |  |  |
| 水痘     |  |  |  |
| 日本脳炎   |  |  |  |
| B型肝炎   |  |  |  |

8.左記の予防接種を受けたものに○印をつけて下さい。

9. 下記の病気にかかったものに○印をつけて下さい。

1.麻疹 2.水ぼうそう 3.風疹(三日はしか)  
4.おたふくかぜ 5.ぜんそく 6.結核  
7.百日咳 8.突発性発疹症 9.アレルギー性鼻炎  
10.中耳炎→現在治療中ですか (はい・いいえ)

10. 今までに薬物アレルギーだと言われた事がありますか。

1.有る( ) 2.無い

11. 食物アレルギーはありますか。

1.有る( ) 2.無い

12. 家庭内でタバコを吸っている方はいますか。

1.いない  
2.いる その方は誰ですか( )

13. 現在内服しているお薬はありますか。

1.無い 2.有る(薬名 )