

予 診 票

お子さんの病気の診断と、より良い治療を行なうために必要です。
わかる範囲内で、ご記入ください。

記入日：令和 年 月 日 フリガナ 名 前： (男・女) 生年月日: 平成・令和・西暦 年 月 日 住 所：〒 (歳 ヶ月) 電 話： () 電話2 (携帯など)： ()						
現在の体重	k g					
お子さんの人数	みんなで 人, このお子さんは 番目					
出生時	正常, 骨盤位 (さかご), 帝王切開, 早産 (週) 低出生体重児 (g) ほかの異常 ()					
乳児期の発達	1. 正常範囲内・ 2. 健診で異常指摘されたがその後なんともなかった・ 3. 異常あり					
予防接種 (今までに受けた回数 を記入してください)	ロタ		5種混合		4種混合(DPT-IPV)	
	肺炎球菌ワクチン		B型肝炎		B C G	
	MR (はしか・風疹)		水ぼうそう		日本脳炎	
	おたふくかぜ					
	ヒブ					
かかったことのある 病気	突発性発疹	才	百日せき	才	はしか	才
	水ぼうそう	才	おたふくかぜ	才	ふうしん	才
	喘 息	才	アトピー性皮膚	才	アレルギー性鼻炎	才
	熱性けいれん 才; 今までに 回,					
	熱のないけいれん 才					
入院したことは?	なし・あり (病名)					
手術歴	なし・あり (病名)					
薬のアレルギー	なし・あり (薬の名前と症状)					
食べ物のアレルギー なし・あり (1. 以前は食べられなかったが, 今はなんともない・ 2. 今も食べられない) (その食品名)						
ご家族 (家系) の中に喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎・花粉症などの アレルギーの病気のある方はおられますか? なし・あり ()						