

氏名 _____ 年令 _____ 才 _____ ヶ月
 身長 (_____) cm 体重 (_____) kg 学校名 (園) _____ () 年 () 組

●本日はどうされましたか？ (いつからどんな症状がありますか？)

・症状 (_____)

・健診 ・予防接種 // ・発達が気になり // ・その他 (_____)

●アレルギーがありますか？

ない ある ……薬 (_____)

・食べ物 (_____) ・動物 (_____) ・花粉 ・その他 (_____)

●同居のご家族に○をしてください。兄弟は () 内に年齢を書いてください

【(記入例) 祖父 () 祖母 () 父 () 母 () 兄 (10才・7才) ・姉 () ・弟 () 妹 (1才) ・その他(曾祖父・叔母)】

祖父・祖母・父・母・兄 () ・姉 () ・弟 () ・妹 ()

その他 (_____) // 犬・猫・ハムスター・(_____)

●新生児期から幼児期について

*妊娠中の異常は？ ない あり (_____)

*在胎何週で出産？ (_____ 週 _____ 日) [予定日は40週0日]

*生下時体重は？ (_____ g) *出産は？・経膈・帝王切開・頭位・骨盤位(逆子)

*生まれてすぐ泣きましたか？ はい いいえ

*新生児期の異常は？ ない あり (_____)

*首の坐り (_____) ヶ月 *ひとり歩き (_____) ヶ月

*意味のある言葉 (_____) ヶ月 [食べ物→マンマ、車→ブーブー等意味のある言葉]

●今までにかかった病気がありますか？

・突発性発疹 ・水ぼうそう ・中耳炎 ・喘息性気管支炎 ・気管支喘息

・アレルギー性鼻炎 ・花粉症 ・アトピー性皮膚炎 ・食物アレルギー ・けいれん

・その他 (_____)

入院歴 なし あり <<病名 _____ >> (_____ 歳)

<<病名 _____ >> (_____ 歳)

●今までに受けた予防接種を教えてください

・ヒブ () 回 ・肺炎球菌 () 回 ・四種混合 () 回 ・B型肝炎 () 回

・ロタ () 回 ・BCG _____ ・麻疹風疹 [MR] () 回 ・水ぼうそう () 回

・おたふくかぜ () 回 ・日本脳炎 () 回 ・二種混合 _____ ・子宮頸がん () 回

【・三種混合 () 回 ・麻疹 () 回 ・風疹 () 回 ・ポリオ () 回】

