

はじめての方にくお子様用 12歳以下

たけうちファミリークリニック

年 月 日

フリガナ		男	女	才
お名前		平成 令和	年 月 日生	
ご住所	〒			
電話	() 携帯			

1. いつからどんな症状がありますか。(該当するものに○をつけてください) 身長 cm 体重 kg

発熱 月 日から 最高 °C	発疹 月 日から	
せき 月 日から (ゼーゼー、ヒューヒュー、ケンケン、その他)		
のどが痛い 月 日から	鼻水 月 日から	
耳が痛い 月 日から 右・左	耳だれ 月 日から	
腹痛 月 日から	下痢 月 日から 水様・白色・血性	
吐き気 月 日から 嘔吐 回/日	けいれん はじめて、 回目	
頭痛 月 日から	その他	
元気 あり・なし	水分 とれる・とれない	食欲 あり・なし

2. 現在、上記の症状、他の病院に受診中ですか。

はい (医院:) いいえ

3. 現在服用中のお薬や常用薬はありますか。

ある *お薬の内容がわかる手帳などがありましたら、お出してください。 ない

()

4. 今までに大きな病気や入院したことがありますか。

ある () ない

5. アレルギーについて

お薬のアレルギーはありますか。(なし、あり:)

食べ物などのアレルギーはありますか。(なし、あり:)

6. 今までに予防接種を受けたことがありますか。*母子手帳があれば、お出してください。

ロタリックス、ロタテック、Hib(インフルエンザ菌)、肺炎球菌、B型肝炎、4種混合、5種混合、BCG、MR1期(麻疹、風疹)、

水痘、おたふくかぜ、日本脳炎(1期、追加、2期)、MR2期、DT、HPV(ガーダシル、サーバリックス、シルガード)

その他()

7. 今までに次の病気にかかったことがありますか。*母子手帳があれば、お出してください。

麻疹(はしか)、風疹(三日はしか)、水痘(みずぼうそう)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、突発性発疹

熱性けいれん、その他()

8. その他、希望事項がありましたらお書き下さい。