

§ 当院を初めて受診される方 §

お名前 _____

★ お子さんの生まれた時について

妊娠週数 (_____ 週) 出生時体重 (_____ g)
黄疸 光線療法を した しなかった
妊娠中になにか異常がありましたか。 なかった あった (_____)
出生時になにか異常がありましたか。 なかった あった (_____)

★ お子さんの発達について

首の座り (_____ カ月) 一人で歩く (_____ カ月)
寝返り (_____ カ月) 発 語 (_____ カ月)
お座り (_____ カ月) (パパ、ママなどの意味のある言葉)
ハイハイ (_____ カ月)

★ 今までにかかったことのある病気がありますか。

突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ
喘息 アトピー性皮膚炎 けいれん その他 (_____)

★ アレルギーがありますか。

ない ある 食物 (_____) 薬物 (_____)
その他 (_____)
どのような症状でしたか。 (_____)

★ お子さんに兄弟がいいたら、年齢と性別をご記入ください。

_____才 (男 ・ 女) _____才 (男 ・ 女) _____才 (男 ・ 女)
_____才 (男 ・ 女) _____才 (男 ・ 女) _____才 (男 ・ 女)

★ お子さんの祖父母、両親、兄弟で以下の病気になった方がいますか。

喘息 (_____) 心臓病 (_____)
アトピー性皮膚炎 (_____) 肝臓病 (_____)
アレルギー (_____) 糖尿病 (_____)
痙攣 (_____) 高血圧 (_____)
リウマチ

記入例：喘息 (_____ 兄)