

【小児科】

はじめてのかたに

お子さんのお名前：^{ふりがな}

(男・女)

年齢：(歳 ヶ月)

最近の体重：() Kg

家族：父 歳 子ども 1. 歳 (男・女) 2. 歳 (男・女)
母 歳 3. 歳 (男・女) 4. 歳 (男・女)

1. どうされましたか？ (○をつけて下さい)

発熱 (最高 °C), せき, たん, ゼーゼー, 鼻みず, 鼻づまり, 頭痛, のどの痛み, 腹痛, 下痢, 食べた物を吐く, 発疹, 育児相談, その他 ()
その症状は いつからですか？ (前より)

2. 生まれたときの体重：() g
分娩時の異常：なし, あり ()

3. 今までにかかった病気 (○をつけて下さい)

麻疹 (はしか), 水痘 (水ぼうそう), 流行性耳下腺炎 (おたふく), 風疹 (三日ばしか), 突発性発疹, 喘息, ひきつけ (熱あり・なし), その他 ()
入院したことがありますか：なし, あり (歳, 病名)

4. 予防接種は済みましたか？ (○印や回数を記入して下さい)

ヒブ (回)	麻しん風しん混合 (I期, II期)
肺炎球菌 (回)	水ぼうそう (回)
B型肝炎 (回)	日本脳炎 (回)
4種混合 (回)	DTP
BCG	ロタウイルス (回)
	おたふくかぜ (回)

5. アレルギーについて

薬のアレルギー：なし, あり (薬品名：)
食べ物で合わない物や, 発疹などが出たことがありますか？
：なし, あり (食品名：)

6. ご家族に次の病気をされた方がみえますか？ (○をつけて下さい)

結核, 糖尿病, 高血圧, 心臓病, 喘息, 腎臓病, 肝臓病, 脂質異常症
その他 ()

7. その他

成長や発達の遅れ：なし, あり ()
薬の希望がありますか：(散剤・錠剤) 希望
特に心配なことや, 気を付けてほしいことがありますか？

[]