

ふりがな

氏名 (男・女) S・H・R 年 月 日 (才 ャ月)

住所 〒

☎電話番号 () 携帯電話

現在の体温 °C 身長 cm 体重 kg

1、どうされましたか？ いつからですか？ _____ 日前から

2、現在飲んでいる(使用している)お薬はありますか？ ()

3、今までにかかった病気は？あてはまるものに○をつけて下さい。

麻疹(はしか)、風疹(三日ばしか)、水痘(水ぼうそう)、流行性耳下腺炎(おたふく)

突発性発疹、ひきつけ、熱性けいれん、その他()

4、ご家族の方で何か病気をされた方はいますか？それはどなたですか？()にご記入ください。

喘息()、結核()、心臓病()、糖尿病()、がん()、

花粉症()、食物アレルギー()、その他()

5、生まれた時の体重 (g) 医療機関名 ()

生まれた時の異常 なし・あり 黄疸、呼吸障害、感染症、その他()

妊娠中のお母さんの状態 異常なし・異常あり()

6、予防接種は済みましたか？済んでいるものに○をつけて下さい。

ロタテック・ロタリックス (回)、BCG、三種混合 (回)、ポリオ・不活化ポリオ (回)、

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

水ぼうそう、おたふく、日本脳炎 (回)、二種混合、その他()

7、現在の食事について ・母乳 ・粉ミルク ・混合 ・離乳食 ・普通食

Kこどもクリニックは院外処方となっております。お薬が出た場合は、お近くの薬局へ処方箋をお持ち下さい。

ありがとうございます。しばらくお待ちください。

Kこどもクリニック