

予 診 票

お子さんの病気の診断と、より良い治療を行なうために必要です。
わかる範囲内で、ご記入ください。

現在の体重（ 現在の体温（	k g）ははっきりしない場合は空けておいて下さい ℃）	記入日：令和 年 月 日 記入者：母、父、祖母、祖父、 ほか
フリガナ 名 前：	（男・女）	生年月日：平成・令和 年 月 日 （ 歳 ヶ月）
住 所：〒		
電 話：	（ ）	電話2（携帯など）： （ ）

お父さんのご職業					
お母さんのご職業	家事、毎日の勤務、パート、ほか				
お子さんの人数	みんなで 人、このお子さんは 番目				
妊娠中の異常	なし ・ あり				
出 産	正常、骨盤位（さかご）、帝王切開、ほか				
出生時の体重	g				
乳児期の発達	1. 正常範囲内 ・ 2. 健診で異常指摘されたがその後なんともなかった ・ 3. 異常あり				
予防接種 (今までに受けた回数 を記入してください)	BCG		(ポリオ)		(3種混合)
	4種混合(DPT-IPV)		MR(はしか・風疹)		日本脳炎
	ヒブ(ハモフィルスb型)		肺炎球菌ワクチン		5種混合
	水ぼうそう		おたふくかぜ		
	B型肝炎		ロタ		
かかったことのある 病気	突発性発疹	才	百日せき	才	はしか
	水ぼうそう	才	おたふくかぜ	才	ふうしん
	喘 息	才	アトピー性皮膚	才	アレルギー性鼻炎
	熱性けいれん	才；今までに 回、			
	熱のないけいれん	才			
入院したことは？	なし・あり（病名 ）				
手術歴	なし・あり（病名 ）				
薬のアレルギー	なし・あり（薬の名前と症状 ）				

食べ物のアレルギー	なし・あり（1. 以前は食べられなかったが、今はなんともない・ 2. 今も食べられない） （その食品名 ）
-----------	---------------------------------------------------------------

ご家族（家系）の中に喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎・花粉症などのアレルギーの病気のある方はおられますか？	なし・あり（ ）
---------------------------------------------------------------------	---------------