

小児科診療申込書

年 月 日

ふりがな

お名前 _____

男・女

生年月日 S・H (西暦) 年 月 日 才 ヶ月

〒

住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

(父・母)

①今回はどのような症状で来院されましたか？

()

②どんな予防接種を受けられましたか？

ロタ 回・Hib 回・肺炎球菌 回・B型肝炎 回・BCG・4種 回・
3種 回・ポリオ 回・MR (麻しん・風疹) 回・水痘 回・
おたふく 回・日本脳炎 回・インフルエンザ その他

②生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、
その他特別な病気にかかれた事がありますか？

はい

いいえ

病名 ()

かかった感染症：水痘 おたふくかぜ 風疹

③今までに薬や食品でアレルギーを起こした事がありますか？

はい

いいえ

原因 ()

⑤出生時体重 ()g 現在の体重 ()kg 身長 ()cm

⑥分娩時に異常はありましたか？ あった なかった

⑦出生後に異常はありましたか？ あった なかった

⑧乳児健診で経過観察と言われた事がありますか？

あった ()

なかった