1 かかりつけ医をご記入下さい。 () ()) () () () () () () ()		お 名前 [お答えいただく方 []] (例えば			〕歳[〕ヶ月
期名 () 何歳頃ですか () 歳 病院名 () 前名 () 何歳頃ですか () 歳 病院名 () 何歳頃ですか () 歳 病院名 () () 前名 () での時ま熟にありましたか () ある。その時ま熟にありましたか () ある。その時ま熟にありましたか () 歳。今までに何回ありましたか () しん初のけいれんに何歳の頃でしたか () 歳。今までに何回ありましたか () 回、その他 () をまずに下記の流行疾患にかかりましたか。 RS ウイルス、麻疹 (はしか)、風疹、木痘 (グ・デぼうそう)、流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 百 目咳、突発性発疹、溶迷菌酸染症 () 回、その他 ()	1	かかりつけ医をご記入下さい。	()	()
(型ある。その時お熱注ありましたか(ある・ない)。 最初のけいれんは何歳の頃でしたか(2	病名() 何歳頃です	'カ・()	歳病)
RS ウイルス、麻疹(はしか)、風疹、水痘(みずぼうそう)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)百日咳、突発性発疹、溶連菌感染症 () 同、その他 () 「下記の予防接種は済みましたか。済んでいるものを〇で開んでください。 ①Hib:1回・2回・3回・(3回) ②脂炎球菌:1回・2回・3回 ③ ロタウイルス:1回・2回・(3回) ④ B型肝炎:1回・2回・3回 ⑤ DPT-IPV(四種混合):1回・2回・3回・4回(追加) II 期 ⑥ BCG ⑥麻疹・風疹混合:「期・II 期 ⑥ 水痘:1回・2回・3回 ⑥その他 () 6 アトピー性皮膚炎、気管支喘息、蕁麻疹、アレルギー鼻炎などの疾患がありますか。 () いつ頃からですか ()) とかな () いつ頃からですか ()) とかる。 どんな () いつ頃からですか ()) のる。 どんな () いつ頃からですか () () のない。 ③まだ分からない。 () でまた分からない。 () でまた分からない。 () でまた分からない。 () 変末のからない。 () 変まがりからない。 () 変まのからない。 () 変まのからない。 () のおろ。 どんな変を服用していましたか。 () のない。 () のまた分からない。 () のまた分からない。 () のまた分からない。 () のまたりからない。 () のまたりがられまられますか。 () のこりの世様 () かんまりですがいられますか。 () のよがおられますか。 1) どなたで、どんな ()) () がおられますか。 () どなたで、どんな ()) アルギー性疾患 (アトビー、喘息、鼻炎等) の方がおられますか。 () どなたで、どんな ()) アルギーでは疾患 (アトビー、喘息、鼻炎等) の方がおられますか。 () がおようたますがいるよう様は、) ではかしているよう様は、 ではずしたいるよう様は、 ではずしたいるよう様は、 ではずしたいるよう様は、 ではずしたいるよう様は、 ではずしたいるようないるようないるようないるようないるようないるようないるようないるような	3	①ある。その時お熱はありました 最初のけいれんは何歳の頃で	たか (ある・ない)	٥	に何回あ	りましたか(() 回。
①日i b:1回・2回・3回・4回(追加) ②肺炎球菌:1回・2回・3回・4回(追加) ③ロタウイルス:1回・2回・(3回) ④B型肝炎:1回・2回・3回 ⑤DPT-IPV(四種混合):1回・2回・3回・4回(追加) II 期 ⑥BCG ⑨麻疹・風疹混合:1期・II 期 ⑨水痘:1回・2回 ⑩流行性耳下腺炎:1回・2回 ④日本脳炎:1期1回・2回・I 期追加・II 期 ⑫子宮頸ガン:1回・2回・3回 ③その他(②するの他()) いつ頃からですか。) (ある。どんな () いつ頃からですか。) (本でに くすりへ食物などで発疹や 薄麻疹 などがでたことがありますか。) (ある。どんな要を服用していましたか。 () かった。 ②まだ分からない。 ②まだ分からない。	4	RS ウイルス、麻疹(はしか)、	風疹、水痘(みず)		行性耳下腺	見炎(おたふく)	かぜ)
①ある。どんな(5	①Hib:1回・2回・3回・3回・3回・2回・3ロタウイルス:1回・2回・3DPT-IPV(四種混合):1回・28麻疹・風疹混合:I期・II期 ①日本脳炎:I期1回・2回・	4回(追加) ②用 (3回) ④ 2回・3回・4回 ③水痘:1回・	肺炎球菌:1回 B型肝炎:1 (追加) Ⅱ期 ·2回 ⑩流和	・2回・ ロ・2回・ ⑥B・ 行性耳下腹	3回 CG &炎:1回・2	
①ある。 <u>どんな薬</u> を服用していましたか。(②ない。 ③まだ分からない。 ② 生まれた時のことについてお聞きします。 (1)①出生時体重は() g ②在胎週数は() 週くらい (2)何か異常がありましたか。①あった。どのような異常ですか。() ②なかった。 9 ご家族のことについてお聞きします。 (1)昼間はどなたがお子さまを主にみていますか(複数可)。 ①お母様 ②お父様 ③ご祖父母 ④保育園・所() ⑥小学校() ⑦その他() (2)何人ご兄弟姉妹ですか。右図に年齢順にお書きください。 (3)ご家族の方にアレルギー性疾患(アトビー、喘息、鼻炎等)の方がおられますか。 ① どなたで、どんな(、) ② どなたで、どんな(、) 10 お尋ねしたいことはありませんか。 () () () () () () () () () (6	①ある。どんな(どんな(、蕁麻疹、アレル)いつ頃から	ですか()
(1)①出生時体重は () g ②在胎週数は () 週くらい (2)何か異常がありましたか。①あった。どのような異常ですか。 () ②なかった。 9 ご家族のことについてお聞きします。 (1)昼間はどなたがお子さまを主にみていますか(複数可)。 ①お母様 ②お父様 ③ご祖父母 ④保育園・所 () ⑥小学校 () ⑦その他 () (2)何人ご兄弟姉妹ですか。右図に年齢順にお書きください。 (3)ご家族の方にアレルギー性疾患(アトピー、喘息、鼻炎等)の方がおられますか。 ① どなたで、どんな () ② どなたで、どんな () ② どなたで、どんな () ① () () () () () () () () (7	①ある。 <u>どんな薬</u> を服用している <u>何を食べて</u> でましたか。	ましたか。(。 (でたことがあり	りますか。)	
(1)昼間はどなたがお子さまを主にみていますか(複数可)。 ①お母様 ②お父様 ③ご祖父母 ④保育園・所(⑥小学校() ⑦その他() (2)何人ご兄弟姉妹ですか。右図に年齢順にお書きください。 (3)ご家族の方にアレルギー性疾患(アトピー、喘息、鼻炎等)の方がおられますか。 ① どなたで、どんな(、) ② どなたで、どんな(、) ② どなたで、どんな(、) (1) お尋ねしたいことはありませんか。 (1) は動りませんか。	8	(1)①出生時体重は ((2)何か異常がありましたか。①) g ②在胎週)あった。どのよう			らい)
(3) ご家族の方にアレルギー性疾患(アトピー、喘息、鼻炎等) の方がおられますか。 ① どなたで、どんな (9	(1)昼間はどなたがお子さまを主 ①お母様 ②お父様 ③ご祖 ⑥小学校())	Eにみていますか(ネ 1父母 ④保育園・ ⑦その他(所() ⑤约	1稚園()
 () () () () □: 男のお子さま ○: 女のお子さま 本日受診されているお子様は、 ■(又は●) でご記入ください。 		の方がおられますか。 ① どなたで、どんな(疾患(アトピー、喘 、 、	片息、鼻炎等)))			
():年齢をご記入ください。	10	お尋ねしたいことはありません	' ዕኔ .		□:男(○:女(本日 受] ■(又は	のお子さま のお子さま きされている ま ●) でご記入	3子様 は、 ください。

あんどう小児科医院 **ご協力有り難うございました。**