

医療法人 長井小児科医院 初診時間診票

記入日 平成 年 月 日

お名前（ふりがな）		電話番号
住所（郵便番号）		緊急時の連絡先
通園・通学先名をお教え下さい（ ）*行かれていない方は記入されなくて結構です		
出産の際、何か異常がありましたか？	無 ・ 有（ ）	
生まれつきの病気はありますか？	無 ・ 有（ ）	
栄養法（現在授乳中の方）	母乳 ・ 混合 ・ 人工	
今までかかった事がある病気に をつけてください。		
突発性発疹 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 喘息 ・ 気管支炎		
じんましん ・ 肺炎 ・ 中耳炎 ・ その他（ ）		
ひきつけ（けいれん） 無 ・ 有（最後に起こしたのはいつですか？ 年 月 頃 ・ 歳頃）		
入院歴 無 ・ 有（いつ頃 年 月 頃 ・ 歳頃）（病名		
おくすりや食物のアレルギーはありますか？ 無 ・ 有（ ）		
ご家族の方でアレルギー性の病気（喘息・鼻炎・アトピー性皮膚炎など）があるといわれた方はありますか？		
いいえ・はい（はいの方は分かる範囲でお書き下さい）どなたが（ ）病名（ ）		
今までに受けた予防接種		
三種混合（1期初回・1期追加・2期）・BCG・ポリオ・ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチン		
麻疹風疹混合（MR）・麻疹・風疹・日本脳炎・水ぼうそう・おたふくかぜ・その他（ ）		
今現在、服用中のお薬があれば教えてください。薬剤名（ ）		
お薬の希望		
水薬・粉薬・錠剤・その他（ ）		
心配なこと・聞きたいことがありましたら、ご記入下さい。		