はじめてのかたに

男

お子様の名前(フリガナ)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿女　昭・平　　年　　月　　日生（　　才　　ヵ月）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿電話＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

1．今日はどのようなことで来られましたか？

熱（　　℃）　せき、鼻水、鼻づまり、のどの痛み、ぜいぜい、下痢、嘔吐、頭痛、腹痛、育児相談

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その症状はいつから始まりましたか？

2．生まれたときの体重（　　g）、生まれたときの異常　無・有

3．今までにかかった病気

百日咳、はしか、みずぼうそう、おたふくかぜ、風疹（三日ばしか）、けいれん、突発性発疹

ぜんそく、アトピー性皮膚炎、花粉症　その他（　　）

4．家族の病気

ぜんそく、花粉症、糖尿病、肝炎、結核、ひきつけ、高血圧、腎臓病　その他（　　）

5．体質上のこと

食べ物、薬、注射などで発疹が出たり息苦しくなった（品名　　）

よくカゼをひく、よく熱を出す、よく下痢をする、よくゼイゼイする

6．今までに受けた予防接種

ヒブワクチン（　回）　肺炎球菌（　回）　ロタウイルス（　回）　DPT・ポリオ（　回）

ＤＰＴ（　回）　ポリオ（　回）　MR（Ⅰ期・Ⅱ期）　B型肝炎（　回）

日本脳炎（　回）　おたふくかぜ（　回）　みずぼうそう（　回）　子宮頸がん（　回）

ＢＣＧ、ＤＴ

7．栄養・発達

栄養　母乳・人工・混合　　離乳食開始（　　ヵ月）

発達　笑う（　ヵ月）　首のすわり（　ヵ月）　お座り（　ヵ月）　ハイハイ（　ヵ月）

つかまり立ち（　ヵ月）　歩きはじめ（　ヵ月）　片言葉（　ヵ月）

8．ご兄弟、姉妹は？

男（　　才）（　　才）（　　才）

女（　　才）（　　才）（　　才）

9．どんな薬が一番飲みやすいですか？　　水薬　粉薬　錠剤　カプセル