

ふりがな	生年月日	平・令	年	月	日
氏名	男 ・ 女	年齢		才	ヶ月
		体重			kg
住所 〒	自宅電話		-	-	
	携帯電話		-	-	

次の質問に○印で(括弧内は内容を)お答えください。(わかる範囲で結構です)

- どんな理由で当院にお越しになりましたか。  
 熱(最高 ℃)、せき、ゼイゼイ、はなみず、下痢、嘔吐、腹痛、頭痛、発疹  
 その他 ( )  
 それはいつ頃からですか? ( )
- 受診前の熱は何度でしたか? ( ℃)
- 食欲はどうですか? 良い、少し悪い、悪い
- 便はどうですか? 普通、便秘、下痢
- 元気はどうですか? 良い、少し悪い、悪い
- 今までに大きな病気や特別な事がありますか? ない、ある  
 ある方は、内容といつ頃かをお書きください。  
 ( )
- 薬のアレルギーはありますか? ない、ある  
 ある方は、具体的薬剤名をお書きください。  
 ( )
- アレルギー体質といわれたことはありますか? ない、ある  
 ある方は、具体的内容をお書きください。  
 ( )
- 生まれた時から現在までの発育状況について  
 妊娠中の異常 無 ・ 有 (内容: )  
 出産の異常 無 ・ 有 (内容: )  
 在胎週数 ( 週)、出生体重 ( g )  
 栄養方法 母乳 ・ 混合 ・ ミルク  
 運動発達 首のすわり ( ヶ月)、おすわり ( ヶ月)  
 一人歩き ( ヶ月)、言語の遅れ ない ・ ある