

- 段医院 小児科を初めて受診される方へ -

名前 () 年齢 () 歳 () 学校・幼稚園・保育園

1) いままでにかかった病気や現在治療中の病気があれば教えてください
()

2) お薬や食べ物にアレルギーはありますか? (なし ・ ある)
※「ある」の場合は具体的に記入して下さい
()

3) 妊娠中や出生時に何かありましたか? (なし ・ あり)
※「あり」の場合は記入して下さい
()

◆在胎 () 週 ◆出生時体重 () g

4) いままでに受けた予防接種に☑をつけ○をつけて下さい

<input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・追加)	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (1・2・3・追加)
<input type="checkbox"/> 生ポリオ (1・2)	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1・2・3・追加)
<input type="checkbox"/> ロタ (1・2・3)	<input type="checkbox"/> BCG
<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3)	<input type="checkbox"/> 四種混合 (1・2・3・追加)
<input type="checkbox"/> 三種混合 (1・2・3・追加)	<input type="checkbox"/> 二種混合
<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2・追加・2期)	<input type="checkbox"/> 麻疹風疹 (1・2)
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ (1・2)	<input type="checkbox"/> 水痘 (1・2)

5) ご家族に下記の病気があれば○をつけて下さい

- ・アレルギー疾患
(アトピー性皮膚炎・ぜんそく・食物アレルギー・アレルギー性鼻炎・花粉症)
- ・けいれん ・てんかん ・心臓病 ・腎臓病 ・糖尿病 ・高血圧
- ・リウマチ ・こうげん病

6) ご家族の中にたばこを吸う人はいますか? (いない ・ いる)
※「いる」の場合は記入して下さい
(どなたですか? :)

7) 漢方薬による治療を希望しますか? (する ・ しない ・ どちらでもよい)

