

澤田こどもクリニック 初診時間診表

フリガナ	生年月日 (S・H)	初診日	年	月	日
お名前					男・女 (才)
住所 〒		Tel	自宅		
			携帯		
体重	Kg	現在の体温		°C	

☆本日初診のお子様について、わかる範囲でお答えください☆

出生場所： 都道府県 病院・産院・自宅・その他
 妊娠中異常： なし ・ ある (切迫早産・切迫流産・妊娠中毒症・妊娠糖尿病・その他)
 出生時： 妊娠 週 出生時体重 g
 分娩異常： なし ・ ある (吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開・その他)
 新生児期の異常： なし ・ ある ()
 今まで、お子様の成長発達について、何か問題を指摘されたことがありますか？
 なし ・ ある ()
 アレルギー： なし ・ ある ()
 これまで受けた予防接種：
 BCG ・ Hib(回) ・ 肺炎球菌(回) ・ ロタ(回)
 4種混合(回) ・ 2種混合(DT) ・ MR ・ 日本脳炎(回)
 おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ B型肝炎(回) その他()
 これまでにかかった大きな病気：
 なし ・ ある (具体的に)
 ご家族のアレルギー疾患：
 ぜんそく ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ その他()
 現在服用している薬があればお書き下さい。

本日受診された理由・症状はいつからですか？

- ★ 元気はありますか？ ある ・ なし
- ★ 食欲はありますか？ ある ・ なし
- ★ 良く眠れていますか？ はい ・ いいえ

通っている園名、学校名 ()
 ご兄弟がいますか？ いない ・ いる (お名前・年齢 才)

差し支えなければ、当院を受診されたきっかけをお選びください。

- ・家が近いから
- ・広告、看板をみかけたから
 広告媒体は？ (電柱・ホームページ・タウンページ・その他)
- ・知人、他医の紹介
- ・その他

ご協力ありがとうございました。