

初 診 の 方 へ

_____年 _____月 _____日記入

御記入いただいた方のお名前 _____ 続柄 ()

御本人のお名前 ^{ふりがな} _____ 男・女 S.H.R _____年 _____月 _____日生
_____歳 _____ヶ月

1. 御家族のこと

- 1) お父さんは S.H. _____年 _____月生まれて _____歳
2) お母さんは S.H. _____年 _____月生まれて _____歳
現在妊娠していらっしゃいますか? はい いいえ
お仕事をしていますか? はい いいえ
4) この他に現在同居されている方は
(例: 父方祖父母, 母の妹など)

5) 御家族で大きな病気, 長くかかる病気, 特別な体質 (薬のアレルギーやその他の副作用など)
を経験した方はいらっしゃいますか?

_____が _____ になった, なっている

_____が _____ になった, なっている

どなた(続柄)

病名

症状が激しかった場合はその内容をお書き下さい

- 6) 御家族で下記のアレルギー性疾患を経験した方はいらっしゃいますか?

(アレルギー性疾患: 食物アレルギー, アトピー性皮膚炎, くり返すじんましん, 喘息性気管支炎,
気管支喘息, 花粉症, アレルギー性鼻炎, アレルギー性結膜炎, 慢性副鼻腔炎, 滲出性中耳炎など)

_____が _____ になった, なっている

_____が _____ になった, なっている

どなた(続柄)

病名

2. 発育・発達歴

- 1) 生まれたのは予定日より _____日 はやい, おそい, 予定日ちょうど
2) 生まれたときの体重は _____g, 身長は _____cm, 頭囲 _____cm
3) 分娩は 正常, 吸引, 鉗子, 帝王切開, その他の問題 ()
4) 新生児期 (生後1ヶ月まで) の問題
なし, 黄疸, ほ乳不良, けいれん, 無呼吸, その他 ()
5) 栄養は 母乳, 混合, 人工乳 離乳の開始は _____ヶ月
6) 1歳半頃までの発達
首がすわった _____ヶ月, 寝返り _____ヶ月, お座り _____ヶ月, はいはい _____ヶ月,
つかまり立ち _____ヶ月, つたい歩き _____ヶ月, ひとり歩き _____ヶ月
7) ことばの発達 意味のある単語 _____歳 _____ヶ月, 二語文 _____歳 _____ヶ月
以降の言葉の発達 問題ない, 遅いと思う, 発音がはっきりしない (行)
8) 発達についての心配事, 健診での指摘など
なし あり _____

既往歴、アレルギー歴、体質、環境、予防接種歴

1. 既往歴

- 1) 入院したり、手術を受けたことはありますか？ ない ある

S.H.R _____ 年 _____ 月 ~ S.H.R _____ 年 _____ 月 _____ で _____ 病院に

S.H.R _____ 年 _____ 月 ~ S.H.R _____ 年 _____ 月 _____ で _____ 病院に

- 2) 入院以外の大きな病気 ない ある

S.H.R _____ 年 _____ 月 (_____ 歳 _____ ヶ月) _____ になり _____ 日かかった。

S.H.R _____ 年 _____ 月 (_____ 歳 _____ ヶ月) _____ になり _____ 日かかった。

- 3) 今までかかったことのある病気に○をつけてください。

突発性発疹 _____ 歳 _____ ヶ月, 麻疹 (はしか) _____ 歳 _____ ヶ月, 風疹 _____ 歳 _____ ヶ月

ムンプス (おたふくかぜ) _____ 歳 _____ ヶ月, 水痘 (水ぼうそう) _____ 歳 _____ ヶ月,

溶連菌感染症, 伝染性紅斑 (りんご病)

- 4) 引きつけをおこしたことはありますか？ ない ある

S.H.R _____ 年 _____ 月 (_____ 歳 _____ ヶ月) 体温 _____ °C で _____ 分のひきつけ

S.H.R _____ 年 _____ 月 (_____ 歳 _____ ヶ月) 体温 _____ °C で _____ 分のひきつけ

S.H.R _____ 年 _____ 月 (_____ 歳 _____ ヶ月) 体温 _____ °C で _____ 分のひきつけ

2. アレルギー歴と体質

- 1) 今までに食べ物によるアレルギーと思われる症状はありましたか？

ない ある (_____ で _____ になった)

今までに薬によるアレルギーと思われる症状はありましたか？

ない ある (_____ で _____ になった)

症状が激しかった場合はその内容をお書きください。

- 3) 次のような症状があったらその番号に○をつけてください。

1. 風邪をひくとゼーゼー, ヒューヒューしやすい。咳が長引く。

2. 肌がかさかさしている。よく体をかゆがる。

3. くしゃみ, 鼻水, 鼻づまりなどをくりかえしている。

4. 眼が充血しやすい。

5. 中耳炎を繰り返している。

3. 御自宅の環境

- 1) 動物を飼っていますか？ いいえ はい (飼っている動物 _____)

- 2) じゅうたんを使っていますか？ いいえ はい

- 3) 新築の家に引っ越して半年以内ですか？ いいえ はい

4. 予防接種 (済んでいるものに○, 2回以上するものは済んだ回数を書いてください)

ロタ _____ 回, Hib _____ 回 追加, 肺炎球菌 _____ 回 追加, B型肝炎 _____ 回,

四種混合 (DPT-IPV) 1 期初回 _____ 回 追加, 三種混合 (DPT) 1 期初回 _____ 回 追加, ポリオ _____ 回,

BCG, 麻疹風疹 (MR) 1 2 期 (3 4 期), 水痘 _____ 回, ムンプス (おたふく) _____ 回,

日本脳炎 1 期初回 _____ 回 追加 2 期, 二種混合 (DT), 子宮頸がん _____ 回

その他 _____