



Wakayama Child Clinic

No.

* 診察に必要な大切な情報です。
なるべく詳しく、空欄のないようにご記入をお願いします。

受付時間	担当
:	

ふりがな	わかやま うさこ		身長	現在の体重
氏名	若山 うさ子		男・女	10.5 kg
生年月日	(H) S **年 8月 22日生 (1才 2ヶ月)			
ふりがな	おおいだし あけのぎた			
住所	〒 870-0165	大分市明野北1-7-10		
電話番号	(登録用)	※必ず2ヶ所以上ご記入ください		
	090-0001-0001	090-0002-0002 (父・母)		
		(自宅・父・母)	-	(父・母・実家)
※お子様の場合		母・父・祖母・祖父		記入者
主にお世話をされているのはどなたですか?		他 ()		母・父・他 ()
現在、保育園に入園していますか?		はい・いいえ 入園予定 (年 月~)		
現在、通園(通学)しているのはどこですか?		()園・小学校・中学校・高校		
かかりつけ医はいますか?		いいえ・はい ()小児科 ()耳鼻科		
当院での治療継続を希望されますか?		はい・いいえ		
		予防接種情報を希望されますか? はい・いいえ		

●現在他院で治療されていますか?

いいえ (はい) (病名 喘息 治療内容 投薬)

●現在飲んでいる(使用している)お薬はありますか? 無 (有) ※お薬手帳を一緒に出してください。

●薬や食物のアレルギーはありませんか? 無 (有) ()

●生まれつきの異常・発達の遅れはありませんか? 無 (有) ()

出生時の体重 (3120 g) 妊娠期間 (40 週)

生まれた病院は? (****産婦人科)

乳児期の栄養法は? 母乳 (混合) ミルク ()

●今までに特別な病気はありませんか? 無 (有) ()

●今までに罹ったことがありますか?

突発性発疹 みずぼうそう おたふくかぜ はしか(麻疹) 風疹 喘息
ひきつけ(いつ 何回) アレルギー()
その他()

●済んでいる予防接種は? ※母子手帳にてご確認下さい

ヒブ(①, ②, ③, 追加) 肺炎球菌(①, ②, ③, 追加) BCG ロタウイルス(①, ②, ③) B型肝炎(①, ②, ③)
四種混合DPT-IPV(①, ②, ③, 追加) 三種混合DPT(1, 2, 3, 追加) 不活化ポリオ(1, 2, 3, 追加) 生ポリオ(1, 2)
麻疹風疹MR(①期, ②期) 麻疹 風疹 日本脳炎(1, 2, 追加, 2期) 二種混合DT 子宮頸がん(1, 2, 3)
水ぼうそう(①, ②) おたふくかぜ(①, ②) インフルエンザ(1, 2) 健診(3~4ヶ月, 7~8ヶ月, 9~11ヶ月)

●家族構成は? ●アレルギー・喫煙の有無 本人と兄弟 アレルギー 当院受診

父 (30)才・アレルギー (喘息)	}	(4 才) (卵)	有・無
喫煙 (〇)		(1 才) (喘息)	有・無
母 (28)才・アレルギー (×)		(才) ()	有・無
喫煙 (×)		(才) ()	有・無

●どのようにしてこの病院を知りましたか?

タウンページ 看板 近所 当番医案内 インターネット 広告・雑誌 ()
通りがかり(建物を見て) 家族のかかりつけ 紹介 ()

※ご記入いただいた内容は当クリニックにおいて使用するものであり、それ以外で使用することはございません。