

はじめてのお子さまに

フリガナ			男・女	生年 月日	昭和 平成	(才 ヶ月)
お名前						
おところ						
お電話			(小学生以下のみ)		体重	kg

1

どうされましたか（検査・ご相談などご希望があればお書き下さい）

.....

.....

.....

2

生まれたときの異常は ない ある ()

.....

3

今までにかかった病気は 麻疹(はしか) 水痘(みずぼうそう)
 ありますか 風疹(三日はしか) 流行性耳下腺炎(おたふく)
 ある方は○を付けて下さい 突発性発疹 ひきつけ 熱性けいれん ぜんそく
 その他 ()

.....

4

薬・注射のアレルギーはありますか ない ある ()

.....

5

食べ物のアレルギーはありますか ない ある (たまご)

.....

6

今、治療中の病気がありますか ない ある ()

.....

7

飲んでいるお薬はありますか ない ある ()

.....

8

ご家族で次の病気をされた方が 結核 糖尿病 心臓病 ぜんそく ガン
 みますか 脳卒中 肝臓病 その他 ()
 ある方は○を付けて下さい