はじめての方へ

平成　　年　　月　　日

ふりがな
お子様のお名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿男　・　女

生年月日:(昭和･平成)　　年　　月　　日(　　歳　　ヵ月)

住所:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号(自宅):　　　　　　　　携帯:

1.生まれたときのこと

生まれた時の体重:　　　　g、　在胎週数：　　　週　　　日

分娩:普通分娩･吸引分娩･帝王切開･その他(　　　　　　　　　　　　　　)

生まれた頃の異常:なし･あり(仮死･黄疸･その他:　　　　　　　　　　　)

栄養方法:母乳･混合･人工

2.今まで乳児健診で異常を言われたことがありますか。

なし　･　ある　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

3.今までにかかったことのある病気に〇をつけて下さい。

RS ウイルス(急性細気管支炎)、はしか、風疹、おたふく、みずぼうそう、百日咳、突発性発疹、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、中耳炎、川崎病、ひきつけ(熱性痙攣)、その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

4.現在、治療中の病気と薬がある場合は記入してください。

(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

5.今までに受けたことのある予防接種に〇をつけて下さい。

BCG　　四種混合ワクチンⅠ期(1 回･2 回･3 回･追加)　　ロタ(1 回・2 回・3 回)

ヒブ(1 回・2 回・3 回・追加)　　小児用肺炎球菌(1 回・2 回・3 回・追加)

麻疹･風疹混合ワクチン　　水痘(1 回・2 回)　　おたふく(1 回・2 回)

B 型肝炎(1 回・2 回・3 回)、

6.のみ薬や注射で何か異常を起こしたことがありますか。

なし･ある(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

7.食物のアレルギーはありますか。

なし･ある(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)