

# たくわ小児科クリニックを初めて受診される方へ

ご記入後、受付へお出し下さい。ご不明な点があれば、看護師にお尋ね下さい。  
発疹のある方はお申し出下さい。

本日の日付（令和 年 月 日）

お子様のお名前( ) 年齢( 歳 カ月) 体重( )kg  
幼稚園・保育園・学校名( ) 学年(年少・年中・年長・ 年生)

1.本日はどのようなことが心配で来院されたのでしょうか？

あてはまるものを○で囲んで下さい。

熱 咳 鼻水 のどいた 腹痛 嘔吐 下痢 便秘

頭痛 発疹 湿疹

その他( )

上記のことは、いつからですか？ どのような具合ですか？

熱はどのくらいですか？ 回数は？ (わかる範囲で)

2.今までに入院したり、長期間お薬を飲んだりされたことがありますか？

それはいつ頃で、どうゆう病気でしたか？また、お薬の名前をご存じであればお書き下さい。また、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等に通院中の場合は病院名、病名をお書き下さい。

3.今までにかかった病気があれば○で囲んで下さい。

麻しん(はしか) 風しん みずぼうそう おたふくかぜ 百日咳 ぜんそく

気管支炎 肺炎 中耳炎 熱性けいれん 突発性発疹症

その他( )

4.予防接種で終了したものを○で囲んで下さい。

BCG

ロタウイルスワクチン・ロタリックス(1回目 2回目) (任意接種)

・ロタテック(1回目 2回目 3回目) (任意接種)

ポリオ・生ワクチン(1回目 2回目)

・不活化ワクチン(初回1回目 2回目 3回目 追加)

三種混合 DPT(1期1回目 1期2回目 1期3回目 1期追加)

四種混合 DPT-IPV(1期1回目 1期2回目 1期3回目 1期追加)

二種混合 DT(2期)

麻しん風しん混合ワクチン(1期・2期)

日本脳炎(第1期；初回(1回目・2回目)、追加(1年後) 2期)

ヒブワクチン(初回 1回目 2回目 3回目 追加)

小児用肺炎球菌ワクチン(初回 1回目 2回目 3回目 追加)

子宮頸がん予防ワクチン(サーバリックス・ガーダシル 1回目 2回目 3回目)

B型肝炎(1回目 2回目 3回目)

みずぼうそう(1回目 2回目) おたふくかぜ(1回目 2回目)(任意接種)

5.お薬や食べ物でアレルギー(じんましん)を起こしたことがありますか？

(ある・ない・わからない)

「ある」の方は薬・食べ物の名前と症状をお書き下さい。