初診の方は以下のアンケートにお答えください

年　　月　　日 記入　　TEL:

氏名		男　女　満　　才　　ヶ月
ご紹介　又は かかりつけのお医者さん		病院名 先生
①何が心配できましたか （具合の悪い所は？）		
②いつ頃から始まり、経過はどの様な具合ですか？ （具体的に）		
③他に気付いて心配している事		
④今までにかかった主な病気		はしか　みずぼうそう　風疹　おたふくかぜ 百日咳　川崎病　ひきつけ　自家中毒症　喘息 その他（　　）
⑤今までに入院した事は		ある→　（　　病院） ない
⑥出産の前後	生まれた時の体重	g
	予定日より	日　はやい　丁度　おそい
	妊娠中の状況	普通　むくみがあった　尿に蛋白が出た 血圧が高かった　その他の異常　つわり
	出産時	安産　難産　かん子分娩　帝王切開 その他（　　） 生まれてすぐ　（泣いた/泣かなかった）

・首がすわった	ヶ月頃
・お座りができた	ヶ月頃
・たっちができた	ヶ月頃
・一人歩きができた	年　　ヶ月頃

＊当クリニックで定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

⑧今までにすませた予防注射	四種混合(DPT-IPV)　三種混合（DPT）　二種混合（DT）　ポリオ(IPV) MR（麻疹、風疹）　HIb（インフルエンザ菌b型）　PCV13（肺炎球菌） 日本脳炎　水痘　おたふくかぜ B型肝炎　ロタウイルス　HPV（ヒトパピローマウイルス）
⑨BCGについて	受けた／まだ受けていない 最近受けたのは　昭和 平成　年　月頃

⑩家族について

健康か病気中かあてはまる欄に〇印を書き入れ
病気中の方、持病のある方、大病にかかった方は病名を記入して下さい。

家族	年齢	健康	病気中	病名
父	才			
母	才			
第1児	才　男・女			
第2児	才　男・女			
第3児	才　男・女			
第4児	才　男・女			

****現在の状態****

＊機嫌は　良い　普通　悪い
＊睡眠は　良く寝る　普通　眠れない
＊食欲は　ある　普通　ない
＊小便は　昼間　回
夜寝てから朝迄　回
＊大便は　1日　回で　普通　下痢　便秘