

# 初診時間診票

## 出生時のこと

生まれた日は予定日より 日 (早・遅) かった  
生まれた時の体重は g  
生まれた時すぐに泣きましたか? はい いいえ  
黄疸のために治療をしましたか? はい いいえ

## 乳児期のこと

栄養方法は	母乳	混合栄養	人工乳	
発達について	首のすわり	ヶ月	寝がえり	ヶ月
	おすわり	ヶ月	はいはい	ヶ月
	つたい歩き	ヶ月	ひとり歩き	ヶ月

以下の予防接種で、接種を受けたものに○をつけてください。

ロタ	1回目	2回目	(3回目)	
ヒブ	初回 (1回目	2回目	3回目)	追加
肺炎球菌	初回 (1回目	2回目	3回目)	追加
B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
四種混合 (DPT-IPV)	1期 (1回目	2回目	3回目)	1期追加
BCG				
麻疹風疹混合 (MR)	1期 (1歳児)	2期 (年長児)		
水痘 (みずぼうそう)		1回目	2回目	
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		1回目	2回目	
日本脳炎	1期 (1回目	2回目)	1期追加	2期
二種混合 (DT)				
三種混合 (DPT)	1期 (1回目	2回目	3回目)	1期追加
不活化ポリオ	1期 (1回目	2回目	3回目)	1期追加
経口生ポリオ	1回目	2回目		
その他	(			)

今までに罹患した病気に○をしてください。

突発性発疹	ウイルス性胃腸炎 (ノロ ロタ アデノ)
水痘 (みずぼうそう)	手足口病
流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	伝染性紅斑 (リンゴ病)
溶連菌感染症	麻疹 (はしか)
ヘルパンギーナ	風疹 (三日はしか)
アデノウイルス感染症 (咽頭結膜熱)	RSウイルス感染症
クループ症候群	インフルエンザ

熱性けいれんを起こしたことがありますか？

はい → 何才のとき？ 才 今までに 回  
いいえ

アレルギー疾患がありますか？ あるものに○をしてください

食物アレルギー ( )  
気管支喘息・喘息性気管支炎  
アトピー性皮膚炎  
アレルギー性鼻炎

今までに異常を指摘されたことはありますか？

はい → 疾患名  
いいえ

今までに入院治療を受けたことがありますか？

はい → 疾患名  
いいえ

現在他院で治療を受けている病気、あるいは内服している薬はありますか？

はい → 疾患名  
内服薬名  
いいえ

今回どうしましたか？

現在の体重 kg 希望のお薬に○をして下さい。シロップ 粉 錠剤