

お名前 [] 年齢 [] 歳 [] ヶ月
 お答えいただく方 [] (例えば母、父方祖母など)

1 今までにお子さまが入院されたことや心臓病などの疾患がありますか。
 病名 () 何歳の頃ですか () 歳 病院名 ()
 病名 () 何歳の頃ですか () 歳 病院名 ()

2 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。
 ①ある。その時お熱はありましたか(ある・ない)。
 最初のけいれんは何歳の頃でしたか () 歳。今までに何回ありましたか () 回。
 ②ない。

3 今までに下記の流行疾患にかかりましたか。
 RSウイルス、麻疹(はしか)、風疹、水痘(みずぼうそう)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
 百日咳、突発性発疹、溶連菌感染症 () 回、その他 ()

4 下記の予防接種は済みましたか。済んでいるものを○で囲んでください。
 ① ・5種混合(4種混合+Hib) : 1回・2回・3回・4回(追加)
 ・4種混合 : 1回・2回・3回・4回(追加) Hib : 1回・2回・3回・4回(追加)
 ② 肺炎球菌 : 1回・2回・3回・4回(追加) ③ ロタウイルス : 1回・2回・(3回)
 ④ B型肝炎 : 1回・2回・3回 ⑤ BCG
 ⑥ 麻疹・風疹混合 : I期・II期 ⑦ 水痘 : I期・II期 ⑧ おたふくかぜ : I期・II期
 ⑨ 日本脳炎 : I期1回・2回・I期追加・II期 ⑩ DT : II期
 ⑪ 子宮頸がんワクチン : 1回・2回・(3回) ⑫ その他 ()

5 アトピー性皮膚炎、気管支喘息、^{じんましん}蕁麻疹、鼻炎などのアレルギー疾患がありますか。
 ①ある。どんな () いつ頃からですか ()
 どんな () いつ頃からですか ()
 ②ない。 ③まだ分からない。

6 今までにくすりや食べ物などで発疹や^{じんましん}蕁麻疹などがでたことがありますか。
 ①ある。どんな薬を服用してましたか。 ()
 何を食べてでましたか。 ()
 ②ない。 ③まだ分からない。

7 生まれた時のことについてお聞きます。
 (1) ①出生時体重は () g ②在胎週数は () 週くらい
 (2) 何か異常がありましたか。①あった。どのような異常ですか。 ()
 ②なかった。

8 ご家族のことについてお聞きます。
 (1) 昼間はどなたがお子さまを主にみていますか(複数可)。
 ①お母様 ②お父様 ③ご祖父母 ④保育園・所 () ⑤幼稚園 ()
 ⑥小学校 () ⑦中学校 () ⑧その他 ()

(2) 何人ご兄弟姉妹ですか。右図に年齢順にお書きください。

(3) ご家族の方にアレルギー性疾患(アトピー、喘息、鼻炎)の方がおられますか。
 ① どなたで、どんな ()
 ② どなたで、どんな ()

9 お尋ねしたいことはありませんか。

