当院に初めて受診される保護者の方へ

ふりがな	住所	性別　男・女
受診される方の名前	生年月日　S·H　　年　　月　　日	TEL
		携帯

1.本日受診されるお子さんの発育歴についておたずねします

＊出生体重（　　g）

＊分娩時に異常が見つかりましたか？　　はい・いいえ

＊出生時時に異常が見つかりましたか？　　はい・いいえ

＊乳児健診で異常があると言われたことがありますか？　はい・いいえ

2.生まれてから今までに特別な病気（先天性異常・心臓・腎臓・脳神経系・免疫不全症・その他の病気）にかかり医師の診断を受けていますか？

はい（　　）　　・いいえ

3.今までに入院や、長期通院した事がありますか？　　はい・いいえ

入院（　　歳の時）　何で（　　）

通院（　　歳の時）　何で（　　）

4.ひきつけ（けいれん）をおこした事がありますか？　　はい・いいえ

5.注射や薬・食品のために皮膚に発疹ができたり、具合が悪くなった事がありますか？　　はい・いいえ