

初診カード

年 月 日

ふりがな	家族構成	健康状態
患者氏名 男・女	父 歳	
	母 歳	
生年月日 H・R 年 月 日 (満 歳 ヶ月)	兄弟 人	年齢:
住所	姉妹 人	年齢:
	祖父 歳	
電話番号 (自宅) (携帯)	祖母 歳	
	その他 歳	

下記の項目を記入、または該当するものを○で囲んでください。

●風邪以外でこれまでに病気にかかった あり・なし【病名 (年 月) ことがありますか。

●熱性けいれんをおこしたことがあります 本人：あり・なし 合計 回
 か？ 最初： 年 月 日
 最終： 年 月 日
 家族： あり・なし

●熱性けいれんありの方は発熱・けいれん 高い・いいえ
 時にお薬を使用していますか？

●ぜんそくと言われたことはありますか？ 本人： あり・なし 家族： あり・なし
 どんなお薬を使用していますか？ お薬(本人)：

●アレルギーはありますか？ 本人： あり・なし 家族： あり・なし
 どのようなアレルギーですか？ 本人： 家族：
 どんなお薬を使用していますか？ お薬(本人)：

●上記以外にお薬を使用していますか？ お薬：

●下記の病気にかかったことはありますか？

- ・みずぼうそう あり・なし・予防注射をした
- ・はしか あり・なし・予防注射をした
- ・ふうしん あり・なし・予防注射をした
- ・おたふく あり・なし・予防注射をした

●今日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

(①健診予診 ②予防接種予診 ③病気 ④その他)

・気になる症状があれば、症状の経過をお書きください。

・ほかの病院にかかっている方：どのようなお薬がでていますか？

・育児をする上でお困りごと・心配事があればお書きください。

紹介者：

妊娠中の異常 (あり・なし)	切迫流産 (入院・通院)、切迫早産 (入院・通院) 尿たんぱく・高血圧・むくみ・貧血 その他 ()
お母様のこと	過去にかかった病気： 内服しているお薬：
早産の場合	予定日： 年 月 日
出生時の状況 (異常なし)	週 日、出生体重 g、(普通分娩・帝王切開) 出生病院： 前期破水・吸引分娩・鉗子分娩・仮死 その他 ()
出生時の 問題	呼吸 ()、心臓 () 黄疸・多血・その他 ()
出生後の 病気	あり () なし
栄養状態	1.母乳 2.混合 3.ミルク
	母乳 回/日
	ミルク (ml/回× 回) (ml/回× 回) total ml/日
	食事 (開始・未開始)、 回食
排気 (げっぷ)	哺乳後すぐにでる・時間がかかる (分) 時々出ない・出ない事が多い・ほとんど出ない その他 ()
排泄 (うんち)	回/ 日 気になること ()
排ガス (おなら)	あまりでない (排便時にでるくらい)・よくでる おなかが張っている・うなる・においがきになる その他 ()
湿疹	部位 (頭・首・耳・顔・背中・手・足・おしり・その他) 使用している薬：
清潔	柔軟剤の使用 (あり・なし)
	おむつかぶれ (あり・なし)

サイン：