

利用登録書2

	名前: 平熱 ℃
出生歴	1.妊娠中の母の病気 なし あり(つわり・切迫早産・貧血・妊娠高血圧症候群)
	2.分娩異常 なし あり(骨盤位・帝王切開・鉗子・吸引・その他)
	3.出生時 妊娠期間(妊娠 週) 体重(g) 身長(cm) 頭囲(cm) 胸囲(cm)
	4.生時の状態 異常なし 仮死 チアノーゼ けいれん 黄疸(光線療法の 有・無) その他()
既往歴	・麻疹(歳 カ月) ・水痘(歳 カ月) ・おたふく風邪(歳 カ月) ・風疹(歳 カ月)
	・突発性発疹(歳 カ月) ・中耳炎(歳 カ月) ・川崎病(歳 カ月) ・心疾患(歳 カ月)
	・腎炎(歳 カ月) ・熱性けいれん(歳 カ月) ・手足口病(歳 カ月) ・百日咳(歳 カ月)
	・溶連菌感染症(歳 カ月) ・その他()
現病歴	・かかりつけ医はありますか 病院名・施設名()
	・慢性的な病気のことと相談している病院や施設はありますか 病院名・施設名() 病名()
	・入院したことはありますか なし あり(歳の時)
	・普段内服している薬はありますか なし あり ・薬の名前：使用しているお薬をすべて記入してください ()
発達	・首のすわり(カ月) ・寝返り(カ月) ・お座り(カ月) ハイハイ(カ月)
	・つたい歩き(カ月) ・歩行開始(カ月) ・発語(カ月) ・二語文(オ カ月)
体質	・食物アレルギー なし あり(原因：卵・牛乳・大豆・小麦・その他：)
	・アトピー性皮膚炎 なし あり(部位：顔面・首・腹・肘・ひざ・背中 その他：)
	・喘息、気管支炎、アレルギー性(鼻炎・結膜炎)、蕁麻疹、薬のアレルギー()
	・家族の体質：アレルギーがある() ・風邪をひきやすい、熱が出やすい、下痢しやすい、吐きやすい、蜂に刺されたことがある(いつ) ・その他()
予防接種	BCG (年 月)
	麻疹・風疹 (1回 年 月) 2回(年 月)
	水痘 (1回 年 月) 2回(年 月)
	おたふく (1回 年 月) 2回(年 月)
	4種混合 (1回 年 月) 2回(年 月) 3回(年 月) 追加(年 月)
	ヒブ (1回 年 月) 2回(年 月) 3回(年 月) 追加(年 月)
	肺炎球菌 (1回 年 月) 2回(年 月) 3回(年 月) 追加(年 月)
	ロタ(1価・5価) (1回 年 月) 2回(年 月) 3回(年 月)
B型肝炎 (1回 年 月) 2回(年 月) 3回(年 月)	
日本脳炎 (1回 年 月) 2回(年 月) 追加(年 月)	
その他()	
その他	・その他心配事やご要望があればをご記入ください。