

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・切迫流産・貧血・妊娠高血圧症候群・その他)	
	2.分娩異常	なし	あり	(早産・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)		出産した病院名()	
		体重(g)	身長(cm)	頭囲(cm)	胸囲(cm)
4.出生時の状態	異常なし	仮死	チアノーゼ	けいれん	黄疸(光線療法の 有・無)
	股関節開排制限		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)・溶連菌感染症(歳 カ月)・手足口病(歳 カ月)・百日咳(歳 カ月)				
	・熱性けいれん(①初回: 歳 カ月 ②最後: 歳 ③これまで: 回)・その他()				
現病歴	・かかりつけ医はありますか なし・あり (病院名)				
	・慢性的な病気や発育について、通院や相談している病院、施設はありますか なし・あり				
	病名()				
	病院名・施設名()				
	・内服している薬はありますか なし・あり (内服・吸入・軟膏・その他)				
	*使用している薬剤名をすべて記入してください()				
発達	・入院したことはありますか なし・あり (歳の時 病名:)				
	*熱性けいれんの既往がある方: 医師から発熱時の指示はありますか なし:あり(内容:)				
	・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(才 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(薬品名:)				
	・家族の体質:アレルギーがある(原因)・熱性けいれんの既往がある(父・母・兄弟・姉妹)				
	・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(歳の頃) ・その他()				
予防接種	・BCG	未・済			
	・麻疹・風疹	未・済	1回・2回		
	・水痘	未・済	1回・2回		
	・おたふくかぜ	未・済	1回・2回		
	・4種混合	未・済	1回・2回・3回・追加		
	・ヒブ	未・済	1回・2回・3回・追加		
	・5種混合	未・済	1回・2回・3回・4回		
	・小児用肺炎球菌	未・済	1回・2回・3回・追加		
	・ロタ(1価・5価)	未・済	1回・2回・3回		
	・B型肝炎	未・済	1回・2回・3回		
	・日本脳炎	未・済	1回・2回・3回・追加		
・その他(1年以内の接種)	ワクチン名()		接種日()		
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。				