

基本情報シート（小児）

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成					<input type="checkbox"/> 男
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳	<input type="checkbox"/> 女
ご住所	〒	連絡して良いものに チェックを入れて下さい	幼稚園・学校等					
			<input type="checkbox"/> 自宅電話番号					
			<input type="checkbox"/> 携帯電話番号					

当てはまるにチェックを入れ、（ ）に記入して下さい

これまでに 病気を診断された事が ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※あるとお答えの方 疾患名（ ）
これまでに手術を 受けた事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※あるとお答えの方（分かる部分のみで結構です） 疾患名（ ） 手術名（ ）
現在使用中の お薬がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※あるとお答えの方 薬品名（ ） お薬手帳をご持参の方は受付にご提示下さい
出生時のことを 教えてください	在胎週数：（ ）週（ ）日 出生体重：（ ）g	
妊娠・出産時に 異常を指摘されましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※はいとお答えの方 内容（ ）
これまでの乳幼児健診で 異常を指摘されましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※はいとお答えの方 内容（ ）
お薬や食べ物で アレルギーが出た事が ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※あるとお答えの方 薬品名（ ） 食品名（ ）
家族構成を教えてください	父（ ）歳 母（ ）歳 きょうだい（ ） ペット（ ）	
ご家族の健康状態を 教えてください	祖父母 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 病気あり（ ） 父 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 病気あり（ ） 母 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 病気あり（ ） きょうだい <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 病気あり（ ）	
薬に関するご希望が あれば教えてください	<input type="checkbox"/> 粉薬が良い <input type="checkbox"/> シロップが良い <input type="checkbox"/> 錠剤が良い <input type="checkbox"/> その他（ ）	

ご記入ありがとうございました