

子どもの氏名 _____

受付日 _____

かかりつけ医				
最近の病歴	この1か月にかかった病気はありますか？			
健康状態	生まれつきの病気	無・有	病名	
	常用している薬	無・有		
	熱性けいれん	過去	回（初回 才 か月 / 最後 才 か月）	
	てんかん	過去	回（初回 才 か月 / 最後 才 か月）	
	ぜん息	無・有	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了	
	その他			
	体質等	<input type="checkbox"/> 脱臼癖がある <input type="checkbox"/> 嘔吐しやすい <input type="checkbox"/> 日光湿疹がでる <input type="checkbox"/> ひきつけを起こしやすい <input type="checkbox"/> その他		
発育状況等	気になることがあればご記入ください			
その他				