



プロフィール



ふりがな
名前 _____ 性別 ()

愛称 _____

血液型 _____ 型

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

電 話 番 号 ()

転居後住所① _____

電 話 番 号 ()

いつ変わりましたか? _____ 年 _____ 月 _____ 日

転居後住所② _____

電 話 番 号 ()

いつ変わりましたか? _____ 年 _____ 月 _____ 日

☆家族欄

氏名	性別	続柄	生年月日	電話番号 (携帯電話番号)

☆緊急連絡先



優先順位① 誰に_____どこへ_____

電話番号 ()

優先順位② 誰に_____どこへ_____

電話番号 ()

優先順位③ 誰に_____どこへ_____

電話番号 ()

☆出産時（当てはまるものに○をしてください。）



●妊娠中について（異常が あり・なし）

- 重いつわり ・ 妊娠高血圧症候群（蛋白尿・むくみ・高血圧）
- 薬剤服用又は注射（なし・妊娠3か月まで・妊娠_____月）
- 妊娠中の疾病（なし・風疹・糖尿病・ウイルス性疾患・結核・前置胎盤・骨盤位矯正・切迫流産）
- その他（ _____ ）

●出産について

- 出産の場所 病院名_____ ・ 自宅
- 在胎 _____月（ _____週）…予定日より _____日（早い・遅い）
- 仮死（あり・なし） ・ 黄疸（重い・軽い・なし）
- 保育器使用 _____日間 ・ 体重 _____g（低体重・普通・過体重）
- 異常分娩の場合
24 時間以上 微弱陣痛 陣痛促進剤の使用 骨盤位（逆子）
臍帯巻絡 早期破水 早期剥離 前置胎盤 鉗子分娩
吸引分娩 用手索引 帝王切開 墮落産
その他（ _____ ）

●乳幼児期について（育てやすかった・育てにくかった）

栄養（母乳・ミルク・混合）

哺乳量（少ない・吐く・吸う力が弱い・普通・よく飲む）

けいれん発作（あり・なし） 初回けいれん___歳___月

けいれん回数（月・週・日 回） 発熱（あり・なし）

発育状態

首のすわり ___月 寝返り ___月 おすわり ___月

はいはい ___月 つかまり立ち ___月 つたい歩き ___月

アーアーやウーウーなどの喃語 ___月

マンマやブーブーなどの発語 ___月 一人歩き ___月

その他（ ）

●病歴について

はしか 水ぼうそう 肺炎 百日咳 おたふく シフテリア
 気管支炎 腎臓病 中耳炎 喘息 消化不良 食中毒
 川崎病 髄膜炎 脳炎 その他（ ）
 頭部外傷 頭部打撲 骨折（部位 ）

●予防接種について

予防接種	接種日	接種した医療機関	副反応の有無など
BCG			
ジフテリア/百日せき 破傷風/ポリオ	初回		
	追加		
ジフテリア・破傷風			
麻疹・風疹 (MR)	1期		
	2期		
水痘	初回		
	追加		
日本脳炎	1期	初回	
		追加	
	2期		

☆てんかん発作について

てんかん発作との診断（ある・なし） 診断日_____年_____月_____日

診断した医療機関_____ 主治医_____先生

●発作の様子と対応（様子が変わったときに記入してください。）

発作年月日	長さの様子	対応と治療内容

●収まっている場合の直近発作年月日 _____年_____月_____日

☆アレルギーについて

●具合が悪くなったもの

食べ物①（ _____ ） その症状（ _____ ）

いつ _____年_____月_____日 もう収まった。

食べ物②（ _____ ） その症状（ _____ ）

いつ _____年_____月_____日 もう収まった。

食べ物③（ _____ ） その症状（ _____ ）

いつ _____年_____月_____日 もう収まった。

薬①（ _____ ） その症状（ _____ ）

いつ _____年_____月_____日

薬②（ _____ ） その症状（ _____ ）

いつ _____年_____月_____日

●その他アレルギー症状

アトピー性皮膚炎 じんましん 鼻炎 その他（ _____ ）