



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（ _____ ）

●病歴について

- | | | | | | |
|------|-------|---------------|--------------|------|-------|
| はしか | 水ぼうそう | 肺炎 | 百日咳 | おたふく | ジフテリア |
| 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 _____ ） | | | |

●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

お座り __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（)

●予防接種について

予防接種		接種日	接種した医療機関	副反応の有無等
ロタウイルス感染症		1回目： 2回目： 3回目：		
B型肝炎	初回	1回目： 2回目：		
	追加			
Hib感染症	初回	1回目： 2回目： 3回目：		
	追加			
肺炎球菌感染症 (PCV13)	初回	1回目： 2回目： 3回目：		
	追加			
BCG				
4種混合 ジフテリア・百日咳 破傷風・ポリオ (DPT-IPV)	初回	1回目： 2回目： 3回目：		
	追加			
2種混合 ジフテリア・破傷風(DT)				
麻疹・風疹 (MR)	1期			
	2期			
水痘	初回			
	追加			
日本脳炎	1期	初回	1回目： 2回目：	
		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（ _____ ）