

フリガナ 氏名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 西暦 年 月 日	年齢 歳
住所	都・道 府・県	市・町・村	
職業 (子どもの場合は ご両親の)	一緒に住んでいる 家族構成		

1. 受診の目的

2. 症状 (辛い順に番号をつけてください)

3. 経過 (現在の病気、症状のいつから、どのような症状がどのように経過しているかをなるべく詳しく記入してください)

4. 現在使用している薬、サプリメント

5. 今まで行ってきた、受けてきた治療、セラピーなど

6. 事故、怪我、手術の有無

7. 歯の治療、噛み合わせの治療の有無

8. 発育状況について (大人の場合はわかる範囲内で)

出生体重

経膈分娩・帝王切開

母乳・人工乳・混合

離乳食の開始時期

頭の座り 月 寝返り 月

おすわり 月 はいはい 月

ひとり立ち 月 歩行開始 歳

歯の生えた時期 月

ペットの有無、室内・室外

その他、出産時のトラブルがありましたら記入してください

9. 子ども時代にかかった感染症

麻疹(はしか)、風疹(三日はしか) 水痘(水ぼうそう)、

おたふく(ムンプス) ポリオ、ジフテリア、

百日咳、破傷風、日本脳炎、インフルエンザ、ロタ、ノロ、

その他

10. 今までに受けた予防接種

ジブ、肺炎球菌、4種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ)

麻疹(はしか)、風疹(三日はしか)、水痘(水ぼうそう)、

おたふく(ムンプス)、B型肝炎、ロタ、インフルエンザ、

HPV(子宮頸癌)、その他

11. 家族、家系の病気

母

父

祖父、祖母

兄弟

12. 現在行っている食事法がありましたら記入してください

(ヴィーガン、マクロビオティック、糖質制限、MEC、グルテンフリーなど)

13. ショックを受けた事、パニックになった事がありましたら記入してください

14. 自分の性格について教えてください (子どもの場合はご両親からみて)

15. 1日のタイムスケジュール

16. 今回の受診以外に今まで病気、治療、アレルギーの有無、
大きなストレスなどのエピソードがありましたら、出来るだけ詳しく記入してください