

お子様について教えてください

- ・お名前 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月
- ・首がすわったのはいつですか? _____ ヶ月頃
- ・歩き始めたのはいつですか? _____ ヶ月頃
- ・ことばについて 喃語 (アー、バブー等の赤ちゃん語) 言える・言えない
 単語 言える・言えない
 会話 できる・できない
- ・特に気になるところ (遅れ等) がありますか?
 具体的に _____

予防接種	受けたかどうか			
B型肝炎 (HBV)	1回	2回	3回	
Hib (インフルエンザ菌 B 型)	1回	2回	3回	追加
小児用肺炎球菌	1回	2回	3回	追加
四種混合 (ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ)	1回	2回	3回	追加
五種混合 (ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ、Hib)	1回	2回	3回	追加
BCG	1回			
MR (麻しん、風しん)	1回	2回		
水痘 (水ぼうそう)	1回	2回		
日本脳炎	1期①	1期②	1期追加	2期
その他				

既往症	かかったかどうか	かかった日	その時の年齢
突発性発疹	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
はしか	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
風 疹	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
みずぼうそう	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
おたふくかぜ	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
肺炎・気管支炎	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
心臓病 (病名)	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
ひきつけ	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
その他 ()	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月
入院した病気 ()	はい ・ いいえ	年 月 頃	歳 ヶ月

・何かアレルギーがありますか?

病 名	アレルゲン	病状及び治療法	留意点
アトピー性皮膚炎			
喘 息			
花粉症 (鼻炎・結膜炎)			
その他			

