



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	
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
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			

食物のアレルギーはありますか？

無・有 有の場合：診断名 \_\_\_\_\_

食品名 \_\_\_\_\_

症 状 \_\_\_\_\_

留意点 \_\_\_\_\_

アナフィラキシーショック 有・無

お子様の最近の状況について教えてください

☆平熱は何度ですか？ \_\_\_\_\_℃

☆お子様をなんと呼んでいますか？ \_\_\_\_\_

☆薬を飲んでいますか？           はい           いいえ

→病名 \_\_\_\_\_ 薬の種類 \_\_\_\_\_

☆特に注意して欲しいことや健康面・発達面等気になることがありましたらご記入ください

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

勤務先

氏名	勤務先	職場電話番号	電話番号携帯	片道の時間
		( )	( )	
	所在地	—	—	
		( )	( )	
	所在地	—	—	
		( )	( )	
	所在地	—	—	
		( )	( )	
	所在地	—	—	