



予防接種 〔接種済みのものに○印〕	Hib	1	肺炎球菌	1	□三種・□四種 混合	1	ポリオ □生・□不活化	1
		2		2		2		2
		3		3		3		3
		追加		追加		追加		4
	BCG		MR	I	水痘	1	おたふくかぜ	1
	B型肝炎	1	(麻疹・風疹混合)	II		2		2
		2	ロタ	1	日本脳炎	1	その他	
		3		2		2		
		3		追加				
	感染症歴	はしか: 歳 月				水ぼうそう: 歳 月		
百日咳: 歳 月			おたふくかぜ: 歳 月					
B型肝炎: 歳 月			風疹: 歳 月					
突発性発疹: 歳 月								
その他: (具体的に)								
これまでの病気	けいれん (ひきつけ)	なし・あり(その時熱はあった °Cくらい・無かった) 最後 歳 月(今までに 回位)						
	喘息	毎日 薬 を 飲んでいる・いない・発作時のみ						
		毎日 吸入 を している・いない・発作時のみ						
	アトピー性皮膚炎	ない・ある(治療は 内服薬・食事療法)						
	その他の病気 (具体的に)							
入院したこと	○病名			【 歳 月】				
	ない・ある ○病名			【 歳 月】				
	○病名			【 歳 月】				
常時内服している薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書き下さい。(内服時間も)							
食事	食事制限の指示を主治医などから受けている場合は、具体的にお書き下さい。							
その他	体質(薬物アレルギー等)や寝るときの癖など、「心配な事・配慮して欲しい事」について、具体的にお書き下さい。							