



氏名	男 ・ 女		血液型	型( )
かかりつけ	医療機関名	( 担当医師 )	電話番号	平熱
		( )		
		( )		度 分
新生児期	出産時の異常 なし ・ あり ( )			
予防接種	ヒブワクチン ( 初回 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )		BCG	
	小児用肺炎球菌 ( 初回 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )		水痘 ( 初回 ・ 追加 )	
	四種混合 ( I 期 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )		インフルエンザ… 最新 年 月	
	MR(麻しん・風しん混合) ( I 期 ・ II 期 )		他に受けたもの	
	日本脳炎 ( I 期 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ II 期 )			
今までに予防接種を受けたもの↑・かかった病気↓とその内容に○をつける、または記入してください				
今までに かかった病気	喘息・喘息様気管支炎(薬の服用は、毎日・不調時のみ)		突発性発疹	水ぼうそう
	アトピー性皮膚炎(治療継続中・悪化時に治療)		麻しん(はしか)	おたふくかぜ
	川崎病(心臓合併症は…なし・あり )		風しん	百日咳
	熱性けいれん(座薬指示は…なし・あり )		てんかん	
	(初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまでに 回)		他	
入院の経験	ない ・ ある	(病名)	、 歳 ヶ月のとき、	日間入院
		(病名)	、 歳 ヶ月のとき、	日間入院
		(病名)	、 歳 ヶ月のとき、	日間入院
		(病名)	、 歳 ヶ月のとき、	日間入院
常時服用の薬	ない ・ ある ( )			
アレルギー	ない ・ ある ( )			
	食事制限 … ない ・ ある ( )			

◎持病、体質などで配慮してほしいことがあれば記入してください

※年度が変わったら、また記入していただけます。記載内容、保険証に変更があった場合はお知らせください。