

	済みのものに○をして下さい		
予	ロタ：(1回・2回・3回)	インフルエンザ(1回目	年 月)
	B型肝炎：(1回・2回・3回)	インフルエンザ(2回目	年 月)
防	ヒブ：(1回・2回・3回・4回)	コロナ(年 回)
	小児肺炎球菌：(1回・2回・3回・4回)		
接	3種混合：I期(1回・2回・3回)・I期追加()		
	4種混合(3種混合+ポリオ)：I期(1回・2回・3回)・I期追加()		
種	ポリオ：(1回・2回・3回・4回)		
	BCG：()	MR(麻疹・風疹)：(1回・2回)	
	おたふくかぜ：(1回・2回)	水ぼうそう：(1回・2回)	
	日本脳炎：(1回・2回)	I期追加()	2期()
感	突発性発疹：	才	水ぼうそう：
染	はしか：	才	おたふくかぜ：
症	風疹：	才	百日咳：
歴	手足口病：	才	肝炎：
	その他(具体的に)：		
こ	熱性痙攣：初回	才(°C)	最後は
れ	これまでに()回	痙攣予防薬の使用は	なし・あり
ま	喘息様気管支炎：ない・ある(内服薬・吸入)		
で	アトピー性皮膚炎：ない・ある(内服薬・除去食)		
の	中耳炎：ない・ある(内服薬：	かかりつけ医：)
病	その他の病気(具体的に)		
気	入院したこと		
	(病名	(才)病院名	期間)
	(病名	(才)病院名	期間)
	平熱：	°C	
	主治医：	TEL	
そ	毎日飲んでいる薬：(薬名		
の	体質や発達など心配なこと配慮してほしいことについて		
他	(具体的に書きください)		