



利 用 児 童 状 況	
<b>【通園施設等】</b>	
1. 保育所、幼稚園等	( )
2. 小学校	( )
3. その他	( 自宅で保育 ・ その他 :
<b>【食物アレルギー】</b>	
なし ・ あり ( 牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他 :	
<b>【既往歴】</b> (番号に○をつけて、必要に応じ詳細も記入してください。)	
1. 突発性発疹	
2. 水痘 (水ぼうそう)	
3. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	
4. 麻しん (はしか)	
5. 風しん (三日はしか)	
6. 百日咳	
7. てんかん	
8. 川崎病 ( 心臓合併症 有 ・ 無 )	
9. B型肝炎 (キャリアー含む)	
10. 喘息・喘息様気管支炎 ( 薬の服用は、毎日 ・ 発作時 )	
11. アトピー性皮膚炎 ( 治療は、内服薬 ・ 食事療法 ・ していない )	
12. 熱性けいれん ( これまでの回数 回 ・ 初回 歳 ・ 最後 歳 )	
13. その他 ( )	
<b>【常時服用している薬】</b>	
なし ・ あり ( 薬の名前 : 回数 : 回 )	
<b>【入院の経験】</b>	
ない ・ あり ( 病名 : 歳 箇月 )	
( 病名 : 歳 箇月 )	
<b>【予防接種】</b> (接種済みの番号に○をつけて、回数・日付等記入してください。)	
1. Hib (ヒブ) :	( ) 回
2. 小児用肺炎球菌 :	( ) 回
3. 4種混合 :	( ) 回
4. 3種混合 :	( ) 回
5. ポリオ *経口 (生ワクチン) :	( ) 回
*注射 (不活化ワクチン) :	( ) 回
6. BCG	
7. MR (麻しん・風しん混合) :	( ) 回
8. 水痘 (水ぼうそう) :	( ) 回
9. 日本脳炎 :	( ) 回
10. B型肝炎 :	( ) 回
11. ロタ *1価ロタリックス :	( ) 回
*5価ロタテック :	( ) 回
12. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) :	( ) 回
13. インフルエンザ : 1回目 ( 月 日 ) ・ 2回目 ( 月 日 )	
14. その他 ( ) ( ) ( )	
<b>【その他】</b> 薬物アレルギー等、心配なこと、配慮してほしいこと等について記入してください。	