

予防接種 ※年月日記入	ヒブ Hib	1		五種混合	1		水痘 (みずぼうそう)
		2			2		
		3			3		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
		追加			追加		
	小児肺炎 球菌	1		MR			ロタウイルス
		2					
		3		日本脳炎	1		BCG
		追加			2		
	四種混合 (DPT-IPV)	1		B型肝炎	追加		
		2					
		3					
		追加					
	感染症歴	はしか		： 歳 カ月	水ぼうそう		： 歳 カ月
		百日咳		： 歳 カ月	おたふくかぜ		： 歳 カ月
		B型肝炎		： 歳 カ月	新型コロナ		： 歳 カ月
		突発性発疹		： 歳 カ月			
これまでの 病気	熱性痙攣：初回 歳 カ月 最後は 歳 カ月 (これまでに 回) ダイアップの利用：(なし ・ あり)						
	(なし ・ あり)						
	喘息	毎日 薬を (飲んでいる ・ いない ・ 発作時だけ) 毎日 吸入療法を (している ・ いない ・ 発作時だけ)					
	アトピー性 皮膚炎	なし ・ あり : 治療は (内服薬 ・ 塗り薬 ・ 食事療法 ・ 治療せず)					
	その他の病気 (具体的に)						
入院歴	なし ・ あり ・病名： (期間：) 歳 カ月 病院名： ・病名： (期間：) 歳 カ月 病院名：						
常用薬	●薬の種類、病名、内服時間等をお書きください。						
食事	食物アレルギー (なし ・ あり) 食物名： ※アレルギーがある方は利用時に、医師が記載した生活管理指導票を持参してください。						
その他	●体質 (アレルギー等) やくせ、心配なこと・配慮してほしいことについてお書きください。						

※所得税非課税・住民税非課税・生活保護のいずれかに該当する場合はお申し付けください。(利用料減免制度があります。)

年 月 日受付