

ふりがな			性別	生年月日
氏名			第 子	男女
通所先	名称	かかりつけ医	名称 TEL	
	住所			
	TEL	かかりつけ医	名称 TEL	
通所先	名称	かかりつけ医	名称 TEL	
	住所			
	TEL	かかりつけ医	名称 TEL	
出生体重	g 出産時 異常なし・あり ()			
予防接種	三種混合	受けていない・受けた (I期1回 2回 3回 I期追加)		
	ポリオ	受けていない・受けた (1回 2回 3回 4回追加)		
	BCG	受けていない・受けた	はしか	受けていない・受けた・かかった
	H i b ワクチン	受けていない・受けた(回)	風疹	受けていない・受けた・かかった
	肺炎球菌	受けていない・受けた(回)	おたふくかぜ	受けていない・受けた・かかった
	その他	ワクチン名	水ぼうそう	受けていない・受けた・かかった
既往歴	突発性発疹 なし・あり 熱性けいれん なし・あり (回数・いつ頃) その他			
入院経験	なし・あり (いつ頃・病名)			
常時使用している 内服薬・塗布薬	なし・あり ()			
食事制限	なし・あり ()			
家族歴	熱性けいれん既往		父 なし・あり ()	母 なし・あり ()
	アレルギー既往		父 なし・あり ()	母 なし・あり ()
保育上で 配慮する点	平熱 °C			