

年 月 日

保護者 住所

電話番号[illegible]

児童の健康状態について

予 防 接 種 歴 ・ 感 染 病 歴	接種したことがある場合は「受けた」を選択し、直近の接種回数を記載してください。病気にかかったことがある場合は「罹患した」を選択し、直近のかかった時期を記載してください。	
	ロタウイルス	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	小児用肺炎球菌	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	B型肝炎	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	ヒブワクチン	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	4種混合	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	5種混合	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	BCG	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	麻疹風疹混合	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	水痘	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	日本脳炎	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	おたふくかぜ	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
	その他	☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
		☐ 受けた（ 回） ☐ 罹患した（ 歳 ヲ月）
そ の 他 の 病 歴	アレルギー	☐ 無 ☐ 有（※原因物質 ）
	アナフィラキシー歴	☐ 無 ☐ 有（※時期と年齢 ）
	喘息	☐ なし ☐ 有 有の場合：薬の服用（毎日・発作時のみ・なし） 吸入療法（毎日・発作時のみ・なし）
	熱性けいれん	☐ なし ☐ 有 有の場合：初回（ 歳 ヲ月） 以後（ ）回 最終 年 月
	アトピー性皮膚炎	☐ なし ☐ 有（治療方法：内服薬・食事療法・その他（ ））
	入院歴	☐ なし ☐ 有（病名 歳 ヲ月） （病名 歳 ヲ月）
	常用薬	※常時内服している薬・外用薬がありましたら記入してください
	その他の病気・怪我	
排 泄	排泄の自立の状態	☐ オムツ使用 ☐ 睡眠時のみ使用 ☐ その他（ ） ☐ 小便は一人でできる ☐ 大便是一人でできる
性 格		
そ の 他		