

生 育 歴

氏名 _____

・今までに、心臓など身体の異常や発達の異常を言われたことがありますか。
園内で気をつけることがあれば、お書きください。

・次のうち、該当をするものがあれば○印をし、必要な場合は対処法をご記入ください。

- | | |
|---------------------|-------|
| 1. 熱性けいれん | (対処法) |
| 2. 泣き入りひきつけ | (対処法) |
| 3. ぜん息 | (対処法) |
| 4. 肘がぬけやすい | (対処法) |
| 5. 食物アレルギー | (対処法) |
| ※アレルギー連絡票の提出をお願いします | |
| 6. アトピー性皮膚炎 | (対処法) |
| 7. その他のアレルギー | (対処法) |
| 8. その他 | (対処法) |

・次のうち既にかかったことのある病気について記入して下さい。

麻 疹 (才 ヶ月)	風 疹(才 ヶ月)	水痘(才 ヶ月)
おたふくかぜ (才 ヶ月)	百日咳(才 ヶ月)	

・予防接種の記録 (既に予防接種を受けているものを記入して下さい。)

小児肺炎球菌	(1回)	年 月 日	(2回)	年 月 日
	(3回)	年 月 日	(4回)	年 月 日
ヒブワクチン	(1回)	年 月 日	(2回)	年 月 日
	(3回)	年 月 日	(4回)	年 月 日
BCG		年 月 日		
MR(麻しん風しん混合)	(1回)	年 月 日	(2回)	年 月 日
4種混合ワクチン	(1期1回)	年 月 日	(1期2回)	年 月 日
	(1期3回)	年 月 日	(1期追加)	年 月 日
おたふくかぜ	(1回)	年 月 日	(2回)	年 月 日
水痘	(1回)	年 月 日	(2回)	年 月 日
B型肝炎	(1回)	年 月 日	(2回)	年 月 日
	(3回)	年 月 日		
ロタウイルス	(1回)	年 月 日	(2回)	年 月 日
	(3回)	年 月 日		
日本脳炎	(1回)	年 月 日	(2回)	年 月 日
	(3回)	年 月 日		
その他 ()		年 月 日		