

生 育 歴

西暦 年 月 日記入

□まつやま □中央 □大宮 □松並 □百合ヶ丘

クラス名	ひ・あ・う・り・バ・ラ・さ組	生年月日		年齢	才 ヶ月	薬	医師処方 の常備薬	
ふりがな		西暦		平熱	℃			
児童名		年 月 日生						
出生時	第 子	分 娩	□正 常 (妊娠 37~41 週) □早 産 (週) □手術 □吸引等	栄 養	母乳・人工乳・混合		使用でき ない薬	
	体 重							

予 防 接 種 の 状 況				既 往 症					
名 称		西 暦・月・日	西 暦・月・日	名 称	年 齢	年 齢	名 称	年 齢	年 齢
定 期	肺炎球菌	・	・	麻 疹	才 ヶ月	才 ヶ月	ぜんそく	才 ヶ月	才 ヶ月
		・	・	風 疹	才 ヶ月	才 ヶ月	百日ぜき	才 ヶ月	才 ヶ月
	Hib 感染症	・	・	おたふくかぜ	才 ヶ月	才 ヶ月	脱 臼	才 ヶ月	部 位
		・	・	水 痘	才 ヶ月	才 ヶ月	肘内障	才 ヶ月	才 ヶ月
	B 型肝炎	・	・	RSウイルス	才 ヶ月	才 ヶ月	骨 折	才 ヶ月	才 ヶ月
		・	・	川崎病	才 ヶ月	才 ヶ月	心疾患	才 ヶ月	才 ヶ月
	ロタ	・	・	肺 炎	才 ヶ月	才 ヶ月	腎疾患	才 ヶ月	才 ヶ月
		・	・	溶連菌	才 ヶ月	才 ヶ月	アレルギー反応	才 ヶ月	才 ヶ月
	四種混合	・	・		才 ヶ月	才 ヶ月	アトピー性皮膚炎	才 ヶ月	才 ヶ月
		・	・		才 ヶ月	才 ヶ月	髄膜炎	才 ヶ月	才 ヶ月
	B C G	・	・	手足口病	才 ヶ月	才 ヶ月	突発性発疹	才 ヶ月	才 ヶ月
	MR (麻疹風疹混合)	・	・		才 ヶ月	才 ヶ月			
	水痘	・	・	りんご病	才 ヶ月	才 ヶ月			
日本脳炎	・	・	熱性けいれん	才 ヶ月	才 ヶ月				
	・	・	てんかん	才 ヶ月	才 ヶ月				
任意	おたふくかぜ	・		・	才 ヶ月	才 ヶ月			

体 の 習 性 お よ び 体 質	① これまでに発達診断や日常生活の中で、発達の遅れを認識したことはありますか？ いいえ・はい []			
	② これまでに発達や病気等で定期的に受診したり、治療を受けたりしたことはありますか？ いいえ・はい []			
	③ 該当するものにチェック✓してください。			
	<input type="checkbox"/> 気管支炎になりやすい <input type="checkbox"/> 脱臼しやすい (部位) <input type="checkbox"/> 肘内障を起こしやすい (部位) <input type="checkbox"/> ひきつけを起こす (要因:)	<input type="checkbox"/> とびひになりやすい <input type="checkbox"/> ヘルニア (脱腸) <input type="checkbox"/> 水いぼがある <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> アレルギー体質 (アレルギー:) (症状:)	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 蜂に刺されたことがある (回) <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 中耳炎になりやすい <input type="checkbox"/> 鼻炎になりやすい <input type="checkbox"/> 発熱しやすい <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい	<input type="checkbox"/> 自家中毒を起こしやすい <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 体で不自由な部位がある () <input type="checkbox"/> その他 ()

病 院 の 名 称 な ど	か か り つ け 医 生	TEL — —	小児科					
		TEL — —	歯科					
		TEL — —	耳鼻科					
		TEL — —	科					
確 保 認 護 欄 者	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度

<健康保険証コピー>

必ずのりで貼付して下さい