

ふりがな
 ■名 前 _____ ■愛 称 _____

■住 所 〒 _____

■電話 (_____) - _____ ■携帯電話 _____

■生年月日 (昭・平・令和) 年 (西暦 年) 月 日 (_____ 歳) ■性別 男・女

■生まれたときの体重 (_____ g) ■妊娠中の異常 (なし・あり)

■新生児期の異常 (なし・あり _____)

■今までにかかったことのある病気に○をして下さい。
 () 突発性発疹症 () 百日咳 () はしか () 水痘 () 風疹 () おたふくかぜ
 () 新型コロナ () 中耳炎 () 副鼻腔炎 () 肺炎 () 喘息 () 腎炎 () 膀胱炎
 () 周期性嘔吐症 () ひきつけ () アトピー性皮膚炎 () その他 _____

入院したことがありますか? (はい・いいえ)
 入院した病気の病名 _____
 生まれつきの病気などありますか? _____

■今までに接種した予防接種
BCGポリオ(生・注射)① ② ③ ④ (⑤三種/四種混合 ① ② ③ 追加 (⑤)
二種混合 ヒブワクチン① ② ③ 追加 肺炎球菌① ② ③ 追加
B型肝炎① ② ③ A型肝炎 () MRワクチン ① ② (③)
日本脳炎 ① ② ③ 追加 二期 水痘① ② おたふくかぜ① ②
子宮頸ガン(ガーダシル・サーバリックス)① ② ③ ロタウイルス(ロタリックス・ロタテック)① ② (③)
新型コロナワクチン (小児用、成人用) ① ② ③
インフルエンザ (202020212022202320242025202620272027)
 その他 _____

■アレルギーを起こした薬や、食べ物があったら記入して下さい。

■乳児の時の栄養法 () 母乳 () 人工 () 混合

■好きな食べ物 (_____)

■嫌いな食べ物 (_____)

■発達の記録 首のすわり (_____ か月) 歩き始め (_____ か月)

発達のことでは心配なことがありますか? _____

■言葉、コミュニケーション、性格などで心配なことがありますか?

■家族構成と健康

家族の名前	年齢	間柄	健康状態・体質

■ かかりつけ医のある方はチェックして下さい。
 ある (医院名 _____) ない