

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)  
 発達のことでの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