

お子さんの健康・発育状況について

児童氏名：

児童生年月日：令和 年 月 日

母子手帳等を確認し、 正確に記入願います。	出生時	出産週数：妊娠第（ ）週 出生時体重（ ）g	
		出産時の異常 無 有（ ）	
	病気等	先天性疾患や過去に入院（手術）したこと、または治療を要する病気にかかったことはありますか？	
		無 有（ 1. 眼 2. 耳 3. 心臓病 4. 腎臓病 5. （ ）型肝炎 6. 糖尿病 7. 泌尿器 8. ひきつけ 9. てんかん 10. 小児ぜんそく 11. じんましん 12. アトピー性皮膚炎 13. その他（ ） ）	
		現在治療中又は経過観察中の病気等がありますか？ 無 有（病名等） （期 間）平成・令和 年 月 から	
	食物アレルギー	過去に食物アレルギー症状を起こしたことがありますか？ 無 ・ 有	
		医師に食物アレルギーの診断を受けていますか？ 無 ・ 有	
		有の方	食品名：
			状態：食べると発症・においや湯気等で発症 その他（ ）
	症状：発疹（じんましん）・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 喘息発作 ・ 呼吸困難 ・ 唇や臉が腫れる その他（ ） ※食物アレルギーの状況や経過の詳細については裏面に記載 ※診断書(指示書でも可)は入所決定後に提出していただきます。		
健診等	過去に何か指摘されたことはありますか？ 無 有		
	有の方	いつ頃ですか？（ 歳 ヶ月）	
		内容：	
その他	その他気になることがありましたらご記入願います。（足りない場合は裏面へ）		
※上記に記載している内容について、入所前に詳細をお伺いすることがあります。			

①四種混合	(1回・2回・3回・追加)	⑦おたふくかぜ	(1回・2回)
②ヒブ	(1回・2回・3回・追加)	⑧みずぼうそう	(1回・2回)
③小児肺炎球菌	(1回・2回・3回・追加)	⑨A型肝炎	(1回・2回・3回)
④BCG	(1回)	⑩B型肝炎	(1回・2回・3回)
⑤日本脳炎	(1回・2回・追加・Ⅱ期)	⑪MR (麻疹・風疹)	(Ⅰ期・Ⅱ期)
⑥ロタ	(1回・2回・3回)		
その他の予防接種 ()			

[illegible]

※处理欄	
------	--