

(別紙)

### 予防接種・病歴票

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年		愛称(家庭での呼び名)	
氏名		月日			
予防接種	BCG	受けた・受けていない			
	ポリオ	受けた(1回・2回)・受けていない			
	三種混合	受けた(I期 1回・2回・3回・II期)・受けていない			
	四種混合	受けた(I期 1回・2回・追加・II期)・受けていない			
	日本脳炎	受けた(I期 1回・2回・追加・II期)・受けていない			
	MR(麻疹・風疹)	受けた(1回・2回)・受けていない			
	ヒブ	受けた(1回・2回・3回・追加)・受けていない			
	小児肺炎球菌	受けた(1回・2回・3回・追加)・受けていない			
	おたふくかぜ	受けた・受けていない			
	水ぼうそう	受けた(1回・2回)・受けていない			
	B型肝炎	受けた(1回・2回・3回)・受けていない			
	ロタウイルス	受けた(1回・2回・3回)・受けていない			
これまでに かかった主 な感染症	1. 突発性発疹      2. はしか      3. 風疹      4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ      6. 手足口病      7. りんご病      8. 百日咳 9. 咽頭結膜炎      10. ヘルパンギーナ      11. 結核 12. 肝炎( )型(キャリアでない・ある) 13. その他( )				
これまでに かかった主 な病気	熱性けいれん	初回( )歳    最終( )歳    (これまでに 回)			
	喘息	毎日薬をのんで いる・いない・発作時だけ			
	喘息性気管支炎	毎日吸入療法をして いる・いない・発作時だけ			
	アトピー性皮膚炎	ない・ある(治療は 内服薬・外用薬・食事療法)			
	その他の病気 (具体的に)				
入院したこと	(病名	歳 月)			
	ない・ある(病名	歳 月)			
	(病名	歳 月)			
	(病名	歳 月)			
その他	(お子さんの体質、アレルギー、性格、癖など配慮してほしいことがありましたら具体的にお書きください)				