

状 況 把 握 票

会員No. 登録 2		氏名	
---------------	--	----	--

予防接種の状況: 受けていない・受けた (期1回 2回 3回 期追加)			
三種混合	受けていない ・ 受けた	ポ リ オ	受けていない ・ 受けた
B C G	受けていない ・ 受けた	風 疹	受けていない ・ 受けた
はしか(麻疹)	受けていない ・ 受けた	おたふく風邪	受けていない ・ 受けた
水ぼうそう	受けていない ・ 受けた	その他	受けていない ・ 受けた

これまでにかかった主な感染症・病気 -掛かった病気に をつけてください-

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. アトピー性皮膚炎など
7. 熱性けいれん(有 ・ 無)(最後はいつ 年 月 日) (座薬の指示 有 ・ 無)		
8. 喘息及び気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ)		9. その他()
10. アレルギー(有 ・ 無) 食物() 薬品()		

入院歴	ある ・ ない
病 名:	歳 ヶ月 入院先:
病 名:	歳 ヶ月 入院先:
病 名:	歳 ヶ月 入院先:
病 名:	歳 ヶ月 入院先:

常時服用している薬	ある ・ ない (具体的に)
-----------	-----------------

食 事 制 限	ある ・ ない (具体的に)
---------	-----------------

通常の日常生活 好きな遊びや歌 癖やこだわり	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 6時 12時 21時 </div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
------------------------------	---

その他	体質(薬物アレルギー等)やくせなどで心配なこと、配慮して欲しいことなど。 もしありましたら具体的にお書きください。
-----	--