

【予防接種内容・罹患歴】

☆ 接種年月日を記入して下さい。(未接種の場合は空白)

予防接種	BCG					
	三種混合	第Ⅰ期:1回目	2回目	3回目	追加	
	四種混合	第Ⅰ期:1回目	2回目	3回目	追加	
	ポリオ	生ワクチン	:1回目	2回目		
		不活化ワクチン	:1回目	2回目	3回目	
	MR	第Ⅰ期	第Ⅱ期			
	日本脳炎	第Ⅰ期:1回目	2回目	追加	第Ⅱ期	
	ヒブ	1回目	2回目	3回目	追加	
	肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加	
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目		
水痘	1回目	2回目				
任意接種	おたふくかぜ	感染症		風疹	歳 ヶ月	
	ロタウイルス			麻疹	歳 ヶ月	
	B型肝炎			水痘	歳 ヶ月	
	A型肝炎			おたふくかぜ	歳 ヶ月	
	髄膜炎菌			その他		
	その他					
これまでの病気	突発性発疹	歳 ヶ月		その他	入院歴	無・有 (具体的に記入)
	喘息	無・有	内服			
			吸入		毎日・発作時・無	
	喘息様気管支炎	無・有	内服	発作時・無	常用薬	無・有 (軟膏等も具体的に記入)
			吸入	発作時・無		
	熱性痙攣	無・有 (回)		アレルギー	食物アレルギー	無・有 (種類)
		初回	歳 か月		除去食	()
最終		歳 か月	その他アレルギー		無・有 (薬物・ダニ・ハウスダスト・花粉・動物・その他) ()	
発達	発達について相談をしたり、診断を受けたことがある	ない ある (内容:				
	相談機関	健康増進課 ・ 社会福祉課 ・ こども福祉課 ・ 児童相談所 その他()				
	<備考欄>	その他心配なこと、気になっていることについて				