

| | |
|--------------------|--|
| 既往歴 (罹ったものに○印) | ()はしか ()突発性発疹 ()アトピー性皮膚炎 ()水ぼうそう ()熱性けいれん ()肺炎 ()風疹 ()おたふく風邪 ()喘息 ()その他() |
| 定期的に飲んでいる薬 | ()なし ()あり(疾患名 服薬方法) |
| 食物アレルギー | ()なし ()あり(ミルク・卵・そば・大豆・小麦・その他) アレルギー検査実施 ()済み ()未 |
| 薬物アレルギー | ()なし あり() (種類など) |
| 食事制限 | ()なし あり() () |
| 予防接種 (受けたものに○印) | ()ヒブ(1回・2回・3回・追加) ()BCG ()小児用肺炎球菌(1回・2回・3回・追加) ()水痘 ()四種混合(1回・2回・3回・1期追加) ()麻疹、風疹(MR)(1期・2期) ()日本脳炎(1期初回・1期追加) ()その他() |
| 好きな遊び | 室内 _____ 戸外 _____ |
| 怖がる物や事柄 | ()ない ()ある() |
| 病児保育で配慮してほしい点や希望 | |