

ふりがな
名前

男・女

保護者名

住所 〒 -

電話番号

生年月日 西暦 年 月 日

携帯番号

感染症の流行状況を把握したいので、ご記入をお願いします。

() 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校

○生まれたときのことを教えてください。

出生時体重 g 健診時の問題 []

○お薬のアレルギーはありますか？

なし・あり ()

○食物アレルギーはありますか？

なし・あり ()

○現在、服薬中のお薬はありますか？

なし・あり ()

○定期的に処方されているお薬はありますか？

なし・あり ()

○今までにかかった病気があれば○で囲んでください。入院した事があれば
その他に^{チェック}✓して内容をご記入ください。

突発性発疹症 水ぼうそう おたふく風邪 RS ウイルス感染症

ひきつけ__回(発熱 あり・なし) □その他()

○下記のアレルギー疾患がある方は、○で囲んで下さい。

喘息 食物アレルギー アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症

○ご家族に下記のアレルギー疾患がある方は、○で囲んで下さい。

喘息 食物アレルギー アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症

○今までに受けられた予防接種を○で囲んで下さい。

ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 4種混合 BCG MR 水痘 日本脳炎

ロタウイルスワクチン おたふくかぜワクチン 子宮頸がんワクチン

新型コロナワクチン

○その他

[]

○ご希望される書類があれば先に受付にお渡しください。

[]