

○確認欄 (面談用)

確認日 年 月 日

面談者

ふりがな	性別	生年月日	年齢
児童氏名	男・女	年 月 日	歳 か月
健康の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・のどがゼイゼイしやすい (はい・いいえ) ・鼻血が出やすい (はい・いいえ) ・肘や肩がはずれたことがある (はい・いいえ) [部位:] ・目や耳に関して心配なことがある (はい・いいえ) [部位:] ・ひきつけ・けいれんをおこしたことがある (はい・いいえ) [歳の時] ・健診・受診で問題を指摘されたことがある (はい・いいえ) [指摘されたこと:] ・飲んでいるくすりがある (はい・いいえ) [何の薬:] [薬品名:] ・平熱 (°C) 		
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ・今までにかかった大きな病気はありますか。または大きなケガをしたことがありますか。(はい・いいえ) (診断名) 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・今までに入院したことがある病気やケガ、受けた手術などがありましたらご記入ください。 (診断名) (医療機関名) 日間入院 		
予防接種	<input type="checkbox"/> インフルエンザ菌b型(Hib)(1・2・3・追) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌(1・2・3・追) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1・2・3) <input type="checkbox"/> 四種混合(1・2・3・追) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR(1・2) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう(1・2) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1・2・追) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> ロタウイルス1価(1・2) <input type="checkbox"/> ロタウイルス5価(1・2・3) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他のワクチン []		
<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギーはありますか。(はい・いいえ) ・医師の診断を受けていますか。(はい・いいえ) (症状: 喘息・湿疹・じんましん・下痢・チアノーゼ・その他) ・食物アレルギーはありますか。(はい・いいえ) ・家族の方の食物アレルギーはありますか (はい・いいえ) (乳類・卵類・豆類・そば類・小麦・その他) ・授乳 母乳 ミルク 混合 牛乳) ・食事の形状 幼児食 乳児食 離乳食 1 (5.6か月) 2 (7.8か月) 3 (9~11か月) 4 (12~18か月) ・メニュー確認チェック _____ 			
<ul style="list-style-type: none"> ・お子さんの様子で気になる事や、症状等 			

* 母子手帳をご持参ください