

○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: 初期 (5.6 か月) 中期 (7.8 か月) 後期 (9~11 か月) 完了期 (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