

○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	<p>・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）</p> <p>・肘や肩がはずれたことがある（はい・いいえ）〔部位： 〕</p> <p>・目や耳に関して心配なことがある（はい・いいえ）〔部位： 〕</p> <p>・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〕</p> <p>・健診・受診で問題を指摘されたことがある（はい・いいえ）</p> <p>〔指摘されたこと： 〕</p> <p>・飲んでいくすりがある（はい・いいえ）</p> <p>〔何の薬： 〕〔薬品名： 〕</p> <p>・平熱（ ℃）</p>		
既往歴	<p>・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）</p> <p>（診断名）</p>		
	<p>・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。</p> <p>（診断名） （医療機関名） 日間入院</p>		
予防接種	<p><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）</p> <p><input type="checkbox"/>四種混合（1・2・3・追） <input type="checkbox"/>五種混合（1・2・3・追） <input type="checkbox"/>BCG <input type="checkbox"/>MR（1・2）</p> <p><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）</p> <p><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〔 〕</p>		
<p>・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）</p> <p>（症状：喘息・湿疹・じんましん・下痢・チアノーゼ・その他）</p> <p>・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）</p> <p>（乳類・卵類・豆類・そば類・小麦・その他）</p> <p>・授乳 母乳 ミルク 混合 牛乳</p> <p>・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）</p> <p>・メニュー確認チェック _____</p>			
<p>・お子さんの様子で気になる事や、症状等</p>			

*母子手帳をご持参ください