

○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	・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（ ℃）			
既往歴	・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）			
	・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	☐ インフルエンザ菌b型（Hib）（1・2・3・追） ☐ 小児肺炎球菌（1・2・3・追） ☐ B型肝炎（1・2・3） ☐ 四種混合（1・2・3・追） ☐ 五種混合（1・2・3・追） ☐ BCG ☐ MR（1・2） ☐ 水ぼうそう（1・2） ☐ 日本脳炎（1・2・追） ☐ おたふくかぜ ☐ ロタウイルス1価（1・2） ☐ ロタウイルス5価（1・2・3） ☐ インフルエンザ ☐ その他のワクチン〔 〕			
・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 _____				
・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