

(児童氏名)

(該当する□にチェックを入れて下さい)		予防接種	既往症
□BCG		(年 月)	
□B型肝炎		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月)	
□ヒブ(Hib)		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月) 追加 (年 月)	
□小児用肺炎球菌		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月) 追加 (年 月)	
□四種混合		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月) 追加 (年 月)	
□三種混合		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月) 追加 (年 月)	
□急性灰白髄炎		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) (生 ・ 不 活 化) 3 回 (年 月) 追加 (年 月) (不 活 化 の み)	
□水痘(水ぼうそう)		1 回 (年 月) 2 回 (年 月)	(年 月)
□麻疹風疹(MR)混合		1 期 (年 月) 2 期 (年 月)	
□日本脳炎		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 追加 (年 月)	
□ロタウイルス		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月)	
□流行性耳下腺炎(おたふく風邪)		1 回 (年 月) 2 回 (年 月)	(年 月)
□百日咳			(年 月)
□突発性発疹			(年 月)
□その他(既に接種済みのものがあればご記入ください)			
食物アレルギーについて	<p>食事についてお聞きします。</p> <ul style="list-style-type: none"> 食物アレルギーがありますか？ ①ない ②ある 上記で②と答えられた方にお聞きします。 ○医療機関が禁止(除去)を指示している。 () ○自主的に避けている。 () <p>※医療機関からの指示については実際に利用される際に内容を確認させていただくことがあります。 (医療機関発行の診断書をお持ちください)</p>		
その他	<p>その他知らせておきたいことがあれば、この欄に具体的にお書きください。 (喘息・アトピー・熱性けいれん等があればこちらに記入してください)</p>		

以後、氏名・住所等の変更が生じた場合はお知らせください。
本カード記載の情報は、事業の目的の範囲内で実施施設に提供します。