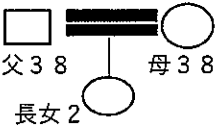


予 防 接 種	BCG 年 月	MR 1回目 年 月	おたふくかぜ 年 月
	三種(四種)混合	2回目 年 月	水ぼうそう 年 月
	1回目 年 月	ポリオ 1回目 年 月	日本脳炎 1回目 年 月
	2回目 年 月	2回目 年 月	2回目 年 月
	3回目 年 月	3回目 年 月	その他
	追加 年 月	4回目 年 月	
既 往 歴	麻疹 年 月	水ぼうそう 年 月	百日咳 年 月
	風疹 年 月	おたふくかぜ 年 月	突発性発疹 年 月
	熱性けいれん 初回 歳 か月	最近 歳 か月	
	薬剤名()	使用の目安	°C以上
	喘息 薬()	吸入薬()	
	アトピー性皮膚炎 内服薬・外用薬()		
	食事療法 (除去食品) ※食べた時の症状		
	入院の有、無		
	常時飲んでいる薬はありますか。		
	薬を飲んだり触れた後、発疹などの異常が現れたことがありますか。		

【カードの書き方】

家族構成は、男→□女→○ 亡くなっている方は黒塗り■ 離婚は斜め線／ 同居家族を書いてください。

例)  左の図は両親と娘一人の3人家族です。
続柄の後に、年齢を書いてください。

緊急連絡先は、すぐに繋がるようにしてください。緊急連絡先は、父母で同じ場合は、同上にしてください。

書き方が分からない場合は、記入してあるものを持って来て、係の者に聞いてください。

アレルギーの変更があった場合は、朝の予約時に変更内容を伝えて下さい。

<送迎者の名前、お子さんとの関係、顔のわかる写真を貼ってください。>