

予防接種		※母子健康手帳の予防接種歴のコピーを提出して下さい。							
既往歴	麻疹	年 月	風疹	年 月	水痘	年 月	百日咳	年 月	
	流行性 耳下腺炎	年 月	突発性発疹	年 月	川崎病	年 月	肺炎	年 月	
	結核	年 月	アトピー性 皮膚炎	年 月					
	その他								
	熱性けいれん	なし・あり	初回	歳 か月	最終	歳 か月	これまでに	回	
			薬	なし・あり	薬品名				
			使用の目安	()℃以上になったら					
	喘息・ 喘息様 気管支炎	なし・あり	薬	使用している ・ 使用していない ・ 発作時のみ					
			薬品名						
	アレルギー	なし・あり	薬	使用している ・ 使用していない ・ 発作時のみ					
薬品名									
原因物質 症状等									
慢性的な 疾患や 入院歴等									
体温	平熱	()℃							
食事	栄養方法	授乳中(母乳・ミルク・混合 c c × 回) ・ 離乳食 ・ 普通食							
	食事状況	全面介助 ・ 一人で食べるがこぼすのが多い ・ 一人で食べる(箸 ・ フォーク)							
	食事制限	アレルギー	(なし ・ あり)						
苦手な食べ物									
排泄	自立の状態	おむつ(排泄教える 教えない) ・ 時々おもらしあり ・ 自立							
	排便リズム	規則的()日に()回 ・ 不規則()							
遊び	好きな遊び								
その他	くせや心配なこと、配慮が必要なこと等について具体的にご記入下さい								