


別紙1-2(裏)

お子さんの名前													
予防接種	インフルエンザ 菌b型(ヒブ)	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	③ 年 月	④ 年 月				
		③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月				
	小児用 肺炎球菌	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	③ 年 月	④ 年 月				
		③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月				
	ポリオ	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	③ 年 月					
		③ 年 月		③ 年 月		③ 年 月		③ 年 月					
	BCG	年 月		年 月		年 月							
	麻疹・風疹 (MR)	① 年 月		① 年 月		① 年 月							
		② 年 月		② 年 月		② 年 月							
	水痘	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月						
	日本脳炎	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月						
		③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月						
	二種混合	① 年 月		① 年 月		① 年 月							
	四種混合 (DPT-IPV)	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月						
③ 年 月		④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月							
D・・・ジフテリア P・・・百日咳 T・・・破傷風 IPV・・・不活化ポリオ													
感染症	予防接種	おたふくかぜ ロタウイルス 破傷風			おたふくかぜ ロタウイルス 破傷風			おたふくかぜ ロタウイルス 破傷風					
	接種済 ○ 感染済 ×	その他 ()			その他 ()			その他 ()					
病歴	入院												
	大きな病歴												
	常用の薬												
	○印	熱性けいれん・アトピー・喘息			熱性けいれん・アトピー・喘息			熱性けいれん・アトピー・喘息					
食事	現在	ミルク	CC		ミルク	CC		ミルク	CC				
		混合	CC		混合	CC		混合	CC				
		離乳食	1回	2回	3回	離乳食	1回	2回	3回	離乳食	1回	2回	3回
		普通食			普通食			普通食					
	食べてはいけ ない食品												
排泄	おむつ トレーニング 自立			おむつ トレーニング 自立			おむつ トレーニング 自立						
配慮が必要なこ とがありましたらお書 きください													

《自宅周辺地図》* お近くのバス停または、駅名を入れてください。駐車スペースがありましたらお書きください。

保育施設(保育所等)の場所と自宅を入れてください。

最寄り駅 _____ /  バス _____ 行 _____ 下車 / 徒歩 _____ 分