

別紙1-2(裏)

お子さんの名前													
予防接種	Hib(ヒブ) インフルエンザ菌b型	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>
	小児用肺炎球菌	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>
	B型肝炎	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>
	ロタウイルス	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>
	4種混合 (3種混合とポリオ)	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>
	BCG	1回 <input type="checkbox"/>				1回 <input type="checkbox"/>				1回 <input type="checkbox"/>			
	麻疹・風疹 (MR)	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>			1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>			1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>		
	水痘	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>			1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>			1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>		
	おたふくかぜ	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>			1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>			1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>		
	日本脳炎	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	4回 <input type="checkbox"/>
	ヒトパピローマ ウイルス(HPV)	1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>		1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>		1回 <input type="checkbox"/>	2回 <input type="checkbox"/>	3回 <input type="checkbox"/>	
インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	(直近 年 月)			<input type="checkbox"/>	(直近 年 月)			<input type="checkbox"/>	(直近 年 月)			
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 / 回			ミルク	cc / 回			ミルク	cc / 回		
		混合	cc / 回			混合	cc / 回			混合	cc / 回		
		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													
《自宅周辺地図》													
<p style="text-align: center;">* 目印になる建物からの地図、要する時間をお書きください (例: △施設から自宅まで、バスで〇〇分・徒歩で〇〇分) 状況によって必要な場所(保育施設・バス停・駐車スペース等)をお知らせください</p>													