

予診票

入会日 年 月 日

氏名	男・女	H・R	年	月	日生
保育園・幼稚園名		保育時間 ~			

保護者氏名	_____				
住所	_____				
☎自宅	_____				
☎緊急連絡先①	()	父勤務先名	_____		
☎緊急連絡先②	()	母勤務先名	_____		
☎緊急連絡先③	()	その他	_____		

- 栄養方法 授乳 離乳食 普通食
- 食物アレルギー 卵 ミルク 小麦 大豆 米 そば
豚肉 鶏肉 牛肉 その他 ()
- ◎食事制限 有 無
- 既往歴 水痘 おたふく 痙攣 その他 ()
- アレルギー歴 アトピー性皮膚炎 喘息 鼻炎 結膜炎 蕁麻疹
アナフィラキシー 薬疹 その他 ()

●接種済予防接種

ヒブ	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> I-3	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> おたふく
肺炎球菌	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> I-3	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> ロタウイルス
四種混合	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> I-3	<input type="checkbox"/> II	
B型肝炎	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> I-3		
BCG	<input type="checkbox"/>				
MR	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II			
水痘	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II			
日本脳炎	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> I-3	<input type="checkbox"/> II	

昼寝時間 _____ 寝る時の癖 _____

その他(好きな遊び・注意事項) _____