

# 問診票

入会日 年 月 日

氏名	男・女	生年月日 H・R	年 月 日
保育園・幼稚園名	保育時間 ~		

保護者氏名	同居家族氏名	続柄	年齢	勤務先・登校登園先名
住所	( ) 歳			
☎自宅	( ) 歳			
☎緊急連絡先① ( )	( ) 歳			
☎緊急連絡先② ( )	( ) 歳			
☎緊急連絡先③ ( )	( ) 歳			

- 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

ロタ	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> I-3		<input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II
ヒブ	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> I-3	<input type="checkbox"/> II	
肺炎球菌	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> I-3	<input type="checkbox"/> II	
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		
日本脳炎	<input type="checkbox"/> I-1	<input type="checkbox"/> I-2	<input type="checkbox"/> I-3	<input type="checkbox"/> II	
BCG	<input type="checkbox"/>				
MR	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II			
水痘	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II			

## ●生活習慣

昼寝時間 \_\_\_\_\_ 寝る時の癖 \_\_\_\_\_

好きな遊び \_\_\_\_\_

保護者からの要望 \_\_\_\_\_