

一時預かり 生育歴

氏名	性別	生年月日	年	月	日(歳 ヵ月)
平熱	℃				
かかりつけ医					
小児科		皮膚科			
歯科		眼科			
耳鼻科		その他			
出生時の状況			発育の状況		
第 子			栄養	母乳・人工乳・混合	
出生体重 g			離乳開始	ヶ月	
在胎週数 週 日			完全離乳	ヶ月	
分娩	正常・異常()		発語	ヶ月	
			歩行開始	ヶ月	
健康診査					
1回目(3か月～6か月)		結果()			
2回目(7か月～12か月)		結果()			
1歳6か月		結果()			
2歳(歯科)		結果()			
3歳		結果()			

既往歴		予防接種					
病名	年齢	ワクチン		第1回	第2回	第3回	第4回
麻疹		B型肝炎	不活化				
水痘		ロタウイルス	生				
おたふくかぜ		ヒブ	不活化				
風疹		肺炎球菌	不活化				
突発性発疹		四種混合	不活化				
溶連菌感染症		五種混合	不活化				
中耳炎		BCG	生				
百日咳		MR(麻疹、風疹)	生				
肺炎		水痘	生				
アレルギー(種類)		おたふくかぜ	生				
脱臼(部位)		日本脳炎	不活化				
その他()							

健康状態・家族歴	
1. アレルギー体質 : なし・あり	①気管支喘息 (いつから)
	②アレルギー性鼻炎 (いつから)
	③アトピー性皮膚炎 (いつから)
	④アレルギー性結膜炎 (いつから)
	⑤食物アレルギー (いつから)
・内服している薬はありますか? : なし・あり ()	
・家族でアレルギー体質の方はいますか?()	
2. 熱性けいれん : なし・あり (歳 ヵ月)	
・家族で熱性けいれんを起こしたことがある方はいますか?()	
3. てんかん発作 : なし・あり (歳 ヵ月)	
・家族でてんかんの既往のある方はいますか?()	

・ これまでに入院治療を受けた病気や現在治療中の病気、内服中の薬などありましたら、詳しく記入してください。