児童名		生年月日	・　・	平　熱	℃

既往歴（入園後にかかったものは赤字記入）

病　名	年月日	病　名	年月日	病　名			年月日	病　名	年月日
はしか	・　・	突発性発しん	・　・	肘内障	部位		・　・	中耳炎	
水ぼうそう	・　・	川崎病	・　・				・　・		
おたふくかぜ	・　・	肺炎	・　・				・　・		
風しん	・　・	幽門狭窄	・　・				・　・		
百日咳	・　・	リウマチ熱	・　・				・　・		
咽頭結膜熱	・　・	紫斑病	・　・	やけど	部位		・　・	その他	年月日
伝染性紅斑	・　・	腸重積	・　・				・　・		・　・
手足口病	・　・	溶連菌感染症	・　・	脱臼	部位		・　・		・　・
流行性角結膜炎	・　・	臍ヘルニア	・　・				・　・		・　・
結核（予防薬含む）	・　・	鼠径ヘルニア	・　・	骨折	部位		・　・		・　・
B型肝炎	・　・		・　・				・　・		・　・

既往歴のある場合（入院・手術の有無・治療状況・医療機関など詳しく記入）

※先天性疾患・心臓や腎臓など何らかの疾患を持っている場合は、詳細をご記入ください。

アレルギー疾患

病　名	アレルゲン	症状及び治療法	医療機関名
食物(含ミルク)アレルギー			
アトピー性皮膚炎			
喘息			
花粉症（鼻炎・結膜炎）			
その他			

かかりやすい病気・体質（該当するものに○印）

						種類へいれん	発作を起こした年月日	体　温	検査	備考(投薬など)
熱をだしやすい		かぜをひきやすい		よく頭痛を訴える			初回　・　・	℃	有・無	
のどがはれやすい		下痢しやすい		化膿しやすい			2回目　・　・	℃	有・無	
嘔吐しやすい		よく喘息発作をおこす		よくひきつける			3回目　・　・	℃	有・無	
よく腹痛を訴える		よく足の痛みを訴える		その他（　　）			4回目　・　・	℃	有・無	
鼻血が出やすい		腕が抜けやすい		（　　）			5回目　・　・	℃	有・無	
便秘をしやすい		中耳炎になりやすい		（　　）						

その他

上記の病気を含め、健康上注意してほしいこと

かかりつけの病院名

小児科	☎
外科	☎

※ご記入頂いた内容は、個人情報保護のため目的以外には使用いたしません

児童名

接種済み予防接種の□欄に、✔をいれてください　　（　　年　　月　　日　現在）

予防接種	①	②	③	追加
インフルエンザ菌ｂ型（Ｈｉｂ）	□	□	□	□
小児用肺炎球菌	□	□	□	□
ロタウイルス	□	□	□	
Ｂ型肝炎	□	□	□	
ＢＣＧ	□			
四・五　種混合	□	□	□	□
麻しん・風しん（MR）	□	□		
水痘（水ぼうそう）	□	□		
おたふくかぜ	□	□		
日本脳炎	□	□		□

インフルエンザ	0 歳児	□	□	その他の予防接種	
	1 歳児	□	□		
	2 歳児	□	□		
	3 歳児	□	□		
	4 歳児	□	□		
	5 歳児	□	□		

備考	