

既往歴調書

(今年度の利用が初回の場合に利用申請書と一緒に提出してください。)

記入日	年 月 日
記入者氏名 (保護者)	
児童氏名	

既往歴 (今までにかかった病気の番号及び該当項目に「○」をつけてください)	
1 突発性発疹	11 熱性けいれん 初回 歳 最後は 歳 これまでに 回 けいれん時の対応方法 〔 〕
2 麻疹 (はしか)	
3 水痘 (みずぼうそう)	
4 風疹 (三日ばしか)	
5 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	12 食物アレルギー 〔 〕
6 百日咳	
7 喘息・喘息様気管支炎 (毎日薬を飲んで いる・いない・発作時だけ) (毎日吸入療法をして いる・いない・発作時だけ)	
8 アトピー性皮膚炎 (治療薬は、内服薬・外用薬・食事療法)	13 その他 〔 〕
9 川崎病 (心臓合併症 あり ・ なし)	
10 B型肝炎 (キャリアー ・ キャリアーでない)	

予防接種の状況 (これまでに受けたものの番号に「○」をつけ、接種回数又は接種年月日を記入してください。)				
1 Hib	接種 回	8 M R (麻疹風疹混合)	1期	年 月 日
2 肺炎球菌	接種 回		2期	年 月 日
3 ロタウイルス	接種 回	9 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	1回目	年 月 日
4 B型肝炎	接種 回		2回目	年 月 日
5 ・四種混合 (該当ワケに○をつけてください)	接種 回	10 水痘	1回目	年 月 日
			2回目	年 月 日
6 ポリオ	不活化ワケ	接種 回	11 日本脳炎	
			12 インフルエンザ	
			接種 回	
			年 月 日	(直近の接種日)
7 BCG	年 月 日	13 その他		

※今後、既往歴及び予防接種の状況に変更がございましたら、その都度施設にお知らせください。