

【予防接種及び既往歴について】

1. 受けた予防接種すべてを記入してください。

(受けていない場合は「未接種」に をしてください。)

予防接種の種類	回数	接種日	未接種
BCG		平成 年 月 日	
ポリオ	1回目	平成 年 月 日	
	2回目	平成 年 月 日	
DPT三種混合1期	1回目	平成 年 月 日	
	2回目	平成 年 月 日	
	3回目	平成 年 月 日	
	追加	平成 年 月 日	
DT二種混合1期 百日せきにかかった場合等	1回目	平成 年 月 日	
	2回目	平成 年 月 日	
	追加	平成 年 月 日	
麻しん単抗原	1回目	平成 年 月 日	
	2回目	平成 年 月 日	
風しん単抗原	1回目	平成 年 月 日	
	2回目	平成 年 月 日	
麻しん風しん混合(MR)	1回目	平成 年 月 日	
	2回目	平成 年 月 日	
日本脳炎1期	1回目	平成 年 月 日	
	2回目	平成 年 月 日	
	追加	平成 年 月 日	
水痘	1回目	平成 年 月 日	
流行性耳下腺炎(おたふく)	1回目	平成 年 月 日	
Hib	1回目	平成 年 月 日	

2. 過去にかかった病気に をしてください。

百日せき	麻しん(はしか)	
風しん	流行性耳下腺炎(おたふく)	
水痘(みずぼうそう)		

記入方法がわからない場合は、母子手帳の予防接種のページ及びかかった病気のページのコピーの添付でも可

3. 発育歴について

出生体重(g)

分娩時に異常がありましたか(有 ・ 無) 有の場合 無の場合 → 何の異常ですか()

出生後に異常がありましたか(有 ・ 無) 有の場合 無の場合 → 何の異常ですか()

乳児健診及び学校健診等で異常があるといわれたことがありますか(有 ・ 無)

有の場合 無の場合 → 何の異常ですか()

4. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症等大きな病気の

診断を受けたことがありますか(有 ・ 無) 有の場合 無の場合 → 病名()

5. 今までに入院の経験はありますか(有 ・ 無) 有の場合 無の場合 → 病名()