

2006.6 作成

生育歴：出生		週	g	出生時の異常：ない		ある
予防接種	BCG	受けた	受けていない			
	4種混合	受けた（1期1回・2回・3回・追加）	受けていない			
	Hib感染症	受けた（1期1回・2回・3回・追加）	受けていない			
	小児肺炎球菌	受けた（1期1回・2回・3回・追加）	受けていない			
	2種混合（麻しん及び風しん）	受けた（第1期・第2期）	受けていない			
	水ぼうそう	受けた（1回・2回）	受けていない			
	B型肝炎	受けた（1回・2回・3回）	受けていない			
	日本脳炎	受けた（1期1回・2回・追加）	受けていない			
	おたふくかぜ	受けた	受けていない			
これまでにかかった主な感染症や病気に○印を付けてください	1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん（回数 回）（最後は 年 月 日）（けいれん予防薬指示 有 無） 8. 喘息および喘息性気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ） 9. その他（ ）					
	入院の有無	1. 無 2. 有の場合は下記にお書きください 病名（ ） 歳 か月 病名（ ） 歳 か月 病名（ ） 歳 か月				
		常時服用薬 1. 無 2. 有（具体的に ）				
		食事制限 1. 無 2. 有（具体的に ）				
	その他	体質（薬物アレルギー等）や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的に お書きください				

※この登録票は、看護・保育の参考にさせていただきます。第3者に知られることはありませんので、事実を記入してください。