



■ 既往歴（今までかかった病気の、番号と【 】の内容に○または記入してください）

- 1 水痘（水ぼうそう） 2 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 3 突発性発疹 4 麻疹（はしか）  
 5 風疹（三日ばしか） 6 咽頭結膜熱（プール熱） 7 百日咳 8 ヘルパンギーナ 9 肺炎  
 10 とびひ 11 B型肝炎（キャリアー含む） 12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服薬は、毎日・増悪時】  
 13 アトピー性皮膚炎 14 川崎病【心臓合併症 有・無】 15 てんかん  
 16 その他【 】

入院の経験

- 1 ない  
 2 ある【 歳 ヶ月：病名 病院名 】  
 【 歳 ヶ月：病名 病院名 】

■ 予防接種（これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください）

- 1 三種混合【Ⅰ期 1回目・2回目・3回目・追加】 2 BCG 3 麻疹風疹【Ⅰ期・Ⅱ期】  
 4 生ポリオ【1回目・2回目】 5 不活化ポリオ【1回目・2回目・3回目・4回目】  
 6 日本脳炎【Ⅰ期 1回目・2回目・追加・Ⅱ期】  
 7 水痘（水ぼうそう） 8 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 9 Hib 10 肺炎球菌  
 11 B型肝炎 12 インフルエンザ 13 ロタリックス 14 ロタテック  
 15 四種混合【1回目・2回目・3回目・追加】