

児童氏名

※ご利用は原則として年齢相応の予防接種を済まされている方を対象とさせていただきます。

またインフルエンザ流行期には、インフルエンザワクチンを接種されていないお子様は、院内感染の予防上ご利用できない場合もございますのであらかじめご了承ください

予防接種	B型肝炎 (1 2 3)	BCG (未 済)	インフルエンザ (登録年～) 年 1回/2回 年 1回/2回 年 1回/2回 その他
	ロタウイルス (1 2 3)	MR (1 2)	
	ヒブ (1 2 3 4)	日本脳炎 (1 2 3)	
	肺炎球菌 (1 2 3 4)	水痘 (1 2)	
	四種混合 (1 2 3 4)	おたふくかぜ (1 2)	
感染症歴	あり	みずぼうそう おたふくかぜ 突発性発疹症 はしか 風疹 百日咳 B型肝炎	
	なし	RSウイルス インフルエンザ 他	
既往・入院歴のある方は、裏面にご記入ください			

入院歴 既往歴	病名	年月日	入院・通院先
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

出生・出産	出生時体重	g	妊娠週数	週	分娩 (自然・帝切・その他)	
発達・発育	首のすわり	カ月	寝返り	カ月	おすわり	カ月
	つかまり立ち	カ月	伝い歩き	カ月	一人歩き	カ月

かかりつけ医		同意書 未 済
--------	--	---------

該当する 場合のみ○	(1) 生活保護世帯	(2) 住民税非課税世帯	(3) 上記を除く所得非課税世帯
---------------	------------	--------------	------------------