

## 状 況 把 握 票

診察券No.		氏名	
--------	--	----	--

予防接種の状況			
MRワクチン	受けていない ・ 受けた (1回 2回)		
水ぼうそう	受けていない ・ 受けた ・ 罹患	おたふく風邪	受けていない ・ 受けた ・ 罹患
これまでにかかった主な感染症・病気 <span style="float: right;">-掛かった病気に○をつけてください-</span>			
1. 突発性発疹	2. はしか	3. 風疹	
4. 水ぼうそう	5. おたふくかぜ	6. アトピー性皮膚炎など	
7. 喘息及び気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ)		8. その他( )	
- 以下は、有無どちらかに○をつけてください -			
9. 熱性けいれん(有・無)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無)			
10. アレルギー(有・無) 食物( ) 薬品( )			
入院歴	ある・ない		
	病名:	歳 ヶ月	入院先:
	病名:	歳 ヶ月	入院先:
	病名:	歳 ヶ月	入院先:
常時服用している薬	ない・ある(具体的に )		
食事制限	ない・ある(具体的に )		
通常の日常生活 好きな遊びや歌 癖やこだわり	6時	12時	21時
その他	体質(薬物アレルギー等)やくせなどで心配なこと、配慮して欲しいことなど。 もしありましたら具体的にお書きください。		