

これまでの 病気	突発性発疹	歳	ヶ月	麻疹	歳	ヶ月
	水痘	歳	ヶ月	風疹	歳	ヶ月
	おたふくかぜ	歳	ヶ月			
	熱性けいれん ない・ある（初回 歳 ヶ月 / いちばん最近 歳 ヶ月） 抗けいれん剤の指示 ない・あり（ ）					
	アレルギー ない・ある（↓内服薬・食事制限など具体的に記入して下さい）					
	喘息 ない・ある（↓内服薬など具体的に記入して下さい）					
	入院したこと	ない・ある		（病名	歳	ヶ月）
				（病名	歳	ヶ月）
				（病名	歳	ヶ月）
	先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他 の病気： ない・ある （↓ ある場合 病名など具体的に記入して下さい）					
その他	体質、普段の暮らしの様子や心配なこと・配慮して欲しいことなど、あればお書きください 《 食事(量、様子) 寝る時のクセ、お気に入りの遊び、 など…》					
※保育室 記入欄 /						