

状況把握票

裏面健康保険証コピー添付

会員 NO.		子どもの氏名 (愛称)	()	
平熱	度 分			
既往症 該当箇所に○	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.熱性けいれん (最後はいつ 年 月 日) (座薬の指示 有・無) 8.喘息及び気管支炎 (継続治療中/悪化時治療のみ) 9.その他 () 10.アレルギー (有・無) アレルゲン			
入院歴	ない ・ ある (具体的に下欄に記入)			
	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)			
日常生活リズム	6 時		12 時 21 時	
予防接種 の 状況	ヒブ	受けてない ・ 受けた	(1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 追加)	
	肺炎球菌	受けてない ・ 受けた	(1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 追加)	
	三種混合	受けてない ・ 受けた	(I 期 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ I 期追加)	
	BCG	受けてない ・ 受けた		
	ポリオ	受けてない ・ 受けた	(1 回 ・ 2 回)	
	MR ワクチン (麻疹・風疹混合)	受けてない ・ 受けた	(1 期 ・ 2 期)	
	日本脳炎	受けてない ・ 受けた	(I 期 1 回 ・ 2 回 ・ I 期追加)	
	水ぼうそう	受けてない ・ 受けた	おたふく 風邪	受けてない ・ 受けた
	()	受けてない ・ 受けた	()	受けてない ・ 受けた
かかりつけ医院				
その他	体質 (アレルギー) や性格などで心配なこと、特に配慮して欲しいことなどありましたら、具体的に			