様式 2

状況把握票

裏面健康保険証コピー添付

	子どもの名前（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）		
日常の生活リズム	6 時　12 時　21 時		

予防接種の状況				
ロタウィルス	ロタリックス	受けてない ・ 受けた	（ 1 回 ・ 2 回 ）	
	ロタテック	受けてない ・ 受けた	（ 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ）	
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）	
B 型肝炎		受けてない ・ 受けた	（ 1 回 ・ 2 回 追加）	
四種混合		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		
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

かかりつけの病院・医院等	
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、具体的に書いてください。