

入院歴	なし・あり	(病名 歳 ヶ月)	(病名 歳 ヶ月)						
		(病名 歳 ヶ月)	(病名 歳 ヶ月)						
熱性 けいれん	なし・あり	初回発作 歳 ヶ月	回数 回						
		最終発作 歳 ヶ月							
		発作時の対応							
喘息・喘息様 気管支炎	なし・あり	内服薬	飲んでいる・発作時のみ・飲んでいない						
		吸入療法	行っている・発作時のみ・行っていない						
アトピー性 皮膚炎	なし・あり	使用している薬	塗り薬・飲み薬・なし						
		食事療法	行っている・行っていない						
その他 日常的に服用している薬		病名	薬の種類と与薬方法						
アレルギー	薬	なし・あり (薬品名)							
	食物	なし・あり							
食物チェック表 (0歳児は食べたものに○、1歳児以上は、アレルギーの食物に×をつけてください)									
米	パン	麺類	鶏肉	豚肉	しらす	白身魚	青背魚	赤身魚	甲殻類
たらこ	だ し	鰹節 煮干し	豆腐	納豆	味噌	しょう油	ごま	牛 乳	調理 そのまま
チーズ	ヨーグルト	卵	つなぎ	マヨネーズ	油(バター)	りんご	メロン	すいか	パイナップル
		全卵							
バナナ	その他の食事制限								
そ の 他	排尿	(回/日)	オムツ・トレーニング中・パンツ						
	排便	(回/日)	オムツ・トレーニング中・パンツ						
	睡眠のくせ								
	好きな遊び								
	薬の飲ませ方								
その他、心配なことや発達面で配慮してほしいことがあれば、書いてください。									

※内容に変更があったときは、利用時にその旨をお伝えください。(例:通園施設、予防接種、電話番号など)
(保育園記入欄)

利用料金	徴収・免除・市外	受付日	・	・	処理
------	----------	-----	---	---	----

※個人情報の取扱いについて確認し、同意します。

ご署名 _____