

〒 _____
ご住所 _____

電話番号 ① _____

〔 母の携帯・自宅
父の携帯 〕

② _____

〔 母の携帯・自宅
父の携帯 〕

◆出生情報

_____ 週 _____ 日で出生 出生体重 _____ g

※0歳児の方のみ

早産の方は出産予定日もお書きください。(月 日)

分娩時の異常 なし・あり ()

◆予防接種歴 接種が済んでいるものに○をつけてください

- ヒブ (1回・2回・3回・追加) ▪肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加)
- B型肝炎 (1回・2回・3回) ▪四種混合 (1回・2回・3回・追加)
- BCG
- MR 麻しん風しん (I期・II期) ▪水痘 (1回・2回) ▪おたふく (1回・2回)
- 日本脳炎 (I-1回・2回・追加・II期) ▪子宮頸がん
- 二種混合