

Ⅲ（予防接種、既往症、体質等）

接種済みのものに ○印を付けてください。(BCGは直近の接種年月を記入してください。)				
予 防 接 種	BCG		4種混合 (ジフテリア・百日咳・破 傷風・ポリオ)	B型肝炎
	接種(年 月)			ロタウイルス
	麻疹・風疹(MR) 1期		日本脳炎	その他
	2期		ヒブ(Hib)	
	水痘(みずぼうそう)		小児用肺炎球菌	
罹患したことがあるものに ○印を付けてください。				
既 往 症	麻疹(はしか)		結核	ウイルス性肝炎
	風疹(三日ばしか)		溶連菌感染症	その他
	水痘(みずぼうそう)		伝染性紅斑(りんご病)	
	流行性耳下腺炎(おたふく)		百日咳	
月 経	初経: 年 月 (歳)		月経痛: なし あり()	
てんかんや喘息などの発作を起こしたことがある場合、発作の様子や対応についてお書きください。				
お子さんの発達・発育状況や体質などで学校・寄宿舍に知っておいて欲しいことがあれば詳しくお書きください。				
本校に入学する前に通っていた所(通学・通園・通所、相談、訓練など)があれば、その名前、受けた指導の主な内容、通った期間、現在も継続しているかなどをお書きください。				