

# 健康状態

今までかかった病気				※かかっている場合は “はい”に○をつけて下さい。	
麻疹 (はしか)	はい・いいえ	水痘 (水ぼうそう)	はい・いいえ	百日咳	はい・いいえ
風疹	はい・いいえ	流行性耳下腺炎 (おたふく)	はい・いいえ	小児ぜんそく	はい・いいえ
その他					

今まで受けた予防接種				※受けている場合は “はい”に○をつけて下さい。	
ポリオ	はい・いいえ	三種混合	はい・いいえ	MRワクチン (麻疹・風疹)	はい・いいえ
水痘 (水ぼうそう)	はい・いいえ	流行性耳下腺炎 (おたふく)	はい・いいえ	BCG	はい・いいえ
日本脳炎	はい・いいえ	B型肝炎	はい・いいえ	その他	

アレルギー	なし・あり 〔 アレルゲン 〕	けいれん	なし・あり ( 歳 ヶ月)
-------	--------------------	------	---------------

発育状況	これまで受けてこられた健康診断やかかりつけの医師から発達に気になることがあると言われたことがありますか？ なし・あり〔 〕
------	--

特記事項	(例：先天性病気、てんかん、アトピー、喘息、脱臼、現在服用している薬がある等)
------	---

性格など	
------	--

備考欄	※その他、生活面で心配なことがありましたら記入して下さい。
-----	-------------------------------

～個人情報について～

写真の掲示や取材を受けた際の希望調査書

※いずれかに○をつけて下さい。

・承 諾

・不 承 諾

※備考欄にはご事情や譲歩できる点などお書き下さい。

備考欄