



なまえ: _____

(歳 か月 日)

同伴の方	父・母・祖父・祖母・その他()
電話番号	

/

※1週間以内に発熱があった場合
本日、ワクチン接種はできません



発熱あり

お子さんの体温: _____ °C

発熱なし

同伴の方の体温: _____ °C

今日の予防接種



- Hib _____ 回目
- 肺炎球菌 _____ 回目
- B型肝炎 _____ 回目
- 4種混合 _____ 回目
- ロタウイルス(リックス・テック) _____ 回目
- BCG
- 麻疹風疹 _____ 回目
- 水痘 _____ 回目
- おたふくかぜ _____ 回目
- 日本脳炎 _____ 回目
- 二種混合
- 子宮頸がん _____ 回目
- インフルエンザ _____ 回目
- コロナ _____ 回目

入力	最終

その他 _____

健診

- 4 か月健診 9 か月健診 _____ か月健診
- 1 歳健診 _____ 歳健診

栄養

母乳 _____ 回 ミルク ml× _____ 回 離乳食 _____ 回

- | | | |
|---|-------------|-----|
| ① 1週間以内に当院を受診していますか | いない・いる(検査) |) |
| ② 県外移動・県外接触はありますか | いない・ある(いつ) | 場所) |
| ③ 1か月以内に家族でコロナにかかっている方はいますか | いない・いる(どなた) |) |
| ④ 現在周りに下記の感染者はありますか | いない |) |
| (コロナ・インフルエンザ・水ぼうそう・おたふく・溶連菌・アデノ・RS・ロタ・) | | |
| ④ 現在家族を含め周囲に風邪症状のある方はいますか | いない・いる(どなた) |) |
| ⑤ 過去に新型コロナウイルスにかかりましたか | いいえ・はい(/) |) |
| ⑥ ご家族に妊娠中の方はいますか | いない・いる(妊娠) | 週) |

記入日 年 月 日

【 第 子】（携帯番号 _____）

ふりがな
お名前

男・女（生年月日 年 月 日）

市町村：山形市 その他市町村（ _____ ）

在胎（ 週） 出生体重（ _____ g）

出生病院（ _____ ）
（ 濟生病院・さとうウィメンズクリニック・県立中央病院・横山病院
山形大学病院・済生館・東北中央病院・国井クリニック・羽根田産婦人科
川越病院・その他（ _____ ） ）

現在は 母乳・ミルク・混合・離乳食 _____ 回

気になることがあればご記入下さい。

*先生に聞きたいこと

*助産師に聞きたいこと

*看護師に聞きたいこと

*栄養士に聞きたいこと

*歯科衛生士に聞きたいこと