

入院したことは ありますか？	なし あり (病名 歳 か月) (病名 歳 か月) (病名 歳 か月)
アレルギー疾患 について	・食物アレルギー あり なし (卵 牛乳 大豆 小麦 そば その他()) ・アトピー性皮膚炎 (行っている治療) ・気管支喘息 (行っている治療) ・その他 () (ケア)
現在も治療中の 病気について	なし あり (病名) 内服薬 なし あり() その他の治療()
体質やかかりやすい 病気について 該当項目に○をつけて 下さい	()鼻血が出やすい ()皮膚がかぶれやすい ()下痢をしやすい ()じんましんがしやすい ()吐きやすい ()肘内障になったことがある 最終()歳
その他 心配事など	
担当者備考	