

これまでの病気	出産時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（詳細：妊娠 週 難産・吸引・手術・仮死） 保育器使用（有・無）		
	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 済		
	脱臼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位： _____ ）		
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり これまでの回数（ _____ 回） 初回 _____ 歳 _____ カ月 最後 _____ 歳 _____ カ月 与薬指示： _____		
	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（発作時の対応 _____ ）		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ） 症状： _____ 制限： _____		
	病名	_____	_____ 歳 _____ カ月	<input type="checkbox"/> 入院
	病名	_____	_____ 歳 _____ カ月	<input type="checkbox"/> 入院
	病名	_____	_____ 歳 _____ カ月	<input type="checkbox"/> 入院
薬				
その他				
昼連絡の有無		不要・要(メール・電話・コドモン) 電話可能時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ メールアドレス： _____		
修正日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	修正者サイン： _____		
	_____ 年 _____ 月 _____ 日	修正者サイン： _____		
	_____ 年 _____ 月 _____ 日	修正者サイン： _____		

