

■ 既 往 歴 ■

はしか、風疹、水疱瘡、流行性耳下腺炎等をご記入ください。

傷病名	年月	医療機関名	主治医	入院の有無	予防接種年月

■ 治療を受けた(受けている)病気 ■

疾患時の年齢	病名	医療機関名	処置等 (処置・入院日数など)	治療終了時○
歳 か月				
歳 か月				
歳 か月				
歳 か月				
歳 か月				
歳 か月				
歳 か月				
歳 か月				