

(裏)

これまでの病気	けいれん：初回 歳 か月・最後は 歳 か月・これまでに 回
	熱性けいれん：初回 歳 か月・最後は 歳 か月・これまでに 回
	喘息：ない・ある 喘息様気管支炎：（毎日・発作時だけ）薬を飲んでいる ・ 薬を飲んでいない （毎日・発作時だけ 時間おき）吸入療法をしている・吸入療法をしていない
	アトピー性皮膚炎：ない ・ ある（治療は 内服薬・外用薬・食事療法）
	その他の病気（具体的に）
	入院したこと：ない ・ ある（病名 歳 か月） （病名 歳 か月） （病名 歳 か月） （病名 歳 か月） （病名 歳 か月）
常時内服している薬	けいれん、喘息、アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば具体的にお書きください。（内服時間も）
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。
その他	体質（アレルギー等）や癖などについて心配なこと、また配慮してほしいことについて具体的にお書きください。

問い合わせ先 伊万里市役所 子育て支援課 保育係 Tel 0955-23-2174