

これまでの病気・感染症	出産時の異常	<input type="checkbox"/> あり	詳細			
	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 済				
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> あり	これまでの回数	回		
		初 回	歳 か月	最 後	歳 か月	
		医師の指示				
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	詳細			
		症 状				
		制 限				
	病 名 ①			歳 か月	<input type="checkbox"/> 入 院	
	病 名 ②			歳 か月	<input type="checkbox"/> 入 院	
病 名 ③			歳 か月	<input type="checkbox"/> 入 院		
<p>病気や体調などで気をつけてほしいことがあれば、具体的にお書きください。</p>						
薬	<p>常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)があれば、具体的にお書きください。</p>					
	<p>心配な事、配慮してほしい事があれば、具体的にお書きください。</p>					
その他	<p>こがもに登録(予定含む)兄弟姉妹の有・無 有の場合:(お名前)</p>					
	送り迎えに車を使われる場合	プレートナンバー		車種		