

保護者氏名	
-------	--

登録児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日
	児童氏名			男 女	西暦 (歳 ヶ月)
	自宅住所	〒 (-)			
	自宅電話番号				
	通園施設名	() 保育園 幼稚園 小学校			
	かかりつけ医	() 医院 病院 () 先生			

緊急連絡先	父	氏名		母	氏名	
		携帯番号			携帯番号	
	勤務先名		勤務先名			
	勤務先電話		勤務先電話			

新生児期	出生時の異常 (あり ・ なし)	発育・発達	ふつう 少し遅れていると思う わからない
------	------------------	-------	----------------------

予防接種	B型肝炎	受けた ・ 受けていない	MR(麻疹・風疹混合)	1回 ・ 2回
	ロタウイルス	受けた ・ 受けていない	水ぼうそう	受けた ・ 受けていない
	小児用肺炎球菌	受けた ・ 受けていない	おたふくかぜ	受けた ・ 受けていない
	ヒブ	受けた ・ 受けていない	日本脳炎	1期初回 ・ 1期追加
	四種混合	受けた(1回 2回 3回 1期追加) ・ 受けていない	はしか(麻疹) ・ 風疹	受けた ・ 受けていない
	BCG	受けた ・ 受けていない		
	三種混合	受けた ・ 受けていない		
	ポリオ	受けた ・ 受けていない		

これまでにかかった主な感染症や病気 なし あり (かかった病気に○をつけてください)

1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう (いつ 年 月) 5. おたふくかぜ (いつ 年 月)

6. 熱性けいれん (初回はいつ 年 月 日) (最後はいつ 年 月 日) 回数 () 回

7. アトピー性皮膚炎

8. 喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中 ・ 悪化時治療のみ)

9. アレルギー (症状) (制限)

10. その他 ()

入院したこと	ある	(病名: 歳 ヶ月)	(病名: 歳 ヶ月)
	ない	(病名: 歳 ヶ月)	(病名: 歳 ヶ月)

常時使用している薬 ない・ある (具体的に)

食事制限 ない・ある (具体的に)

その他 体質 (薬物アレルギー等) やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。

受付日	年 月 日	登録番号		担当		管理者	
-----	-------	------	--	----	--	-----	--