

登録児童	(ふりがな)	呼び方	性別	生年月日		
	氏名		男 ・ 女	平成・令和	年	月 日
	( 歳 か月)					
	住所 (〒 - )					
	児童の兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	
	通園通学施設名	市区町村 保育園・幼稚園・小学校 ( 年生)				
かかりつけ医	医療機関名 医療機関名					

保護者 緊急連絡先	連絡先 ①	(ふりがな)	電話番号	
		氏名	続柄 父 母	自宅
		その他 ( )		携帯電話
	勤務先	職種	勤務先電話番号	
	連絡先 ②	(ふりがな)	電話番号	
		氏名	続柄 父 母	自宅
その他 ( )		携帯電話		
勤務先	職種	勤務先電話番号		

新生児期	出生時の異常 ( 無・有 )	発育・発達	普通・検診、通園施設での指摘あり・分からない			
予防接種	* 済みのものには☑をしてください。					
	ヒブ	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	B型肝炎	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>		
	肺炎球菌	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	ロタ	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>		
	三混/四混	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	(三混/四混 どちらか一方です)			
	ポリオ	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	(生は2回、不活化は4回)			
	BCG	① <input type="checkbox"/>	麻疹風疹	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/>	水痘	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/>
	日本脳炎	① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/>	おたふくかぜ		① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/>	

これまでにかかったことがある病気に☑をしてください

既往歴	な	<input type="checkbox"/> てんかん	歳 <input type="checkbox"/> 心臓病	歳 <input type="checkbox"/> 突発性発疹	歳
	し	<input type="checkbox"/> 川崎病	歳 <input type="checkbox"/> 水痘	歳 <input type="checkbox"/> おたふく	歳 その他 ( 歳)
		<input type="checkbox"/> 麻疹	歳 <input type="checkbox"/> 風疹	歳 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック	歳
熱性けいれん	な	初回・ 歳 か月、最後・ 歳 か月、これまでに ( ) 回			
	し	* ダイアアップ座薬予防投与は 経験あり 経験なし ( 、 °C以上の発熱時)			
アレルギー	な	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎			
	し	詳細 ( )			
過去の入院歴	な	病名・ ( 歳 か月) 病名・ ( 歳 か月)			
	し	病名・ ( 歳 か月) 病名・ ( 歳 か月)			

その他、気になることや配慮してほしいことなどについて具体的にお書きください

※慢性的に飲んでいるお薬などありましたら教えてください。