

登録番号：

年 月 日記入

記入者名

ふりがな 名前	男 女		生年月日	20 年 月 日生	
	(愛称)		幼・保・学校名		
ご住所	〒 - TEL(ご自宅)				
( ) の携帯	-	-	かかりつけ医		
( ) の携帯	-	-			
ご家族のお名前	生年月日	続柄	職業	勤務先・幼・保・学校名 (勤務先の場合はTEL番号)	
	年 月 日			(TEL) - -	
	年 月 日			(TEL) - -	
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
これまでの様子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出生体重 ( ) g</li> <li>・ 出生時の異常 なし ・ あり ( )</li> <li>・ 乳児期の栄養法 ( 母乳 ・ ミルク ・ 混合 )</li> <li>・ 乳幼児健診で異常があるといわれたこと ない ・ ある ( ↓ 具体的に記入してください )</li> </ul>				
	予防接種の接種状況	ロタ 未・1回目・2回目・3回目 Hib 未・1回目・2回目・3回目・追加 肺炎球菌 未・1回目・2回目・3回目・追加 B型肝炎 未・1回目・2回目・3回目・追加 四種混合 未・1回目・2回目・3回目・追加 BCG 未 ・ 済 MR (麻疹・風疹) 未・1回目・2回目 水痘 未・1回目・2回目 おたふく風邪 未・1回目・2回目 日本脳炎 未・1回目・2回目・追加・Ⅱ期			
*その他 (接種されたものを記入して下さい)					

これまでの 病気	突発性発疹	歳	ヶ月	麻疹	歳	ヶ月
	水痘	歳	ヶ月	風疹	歳	ヶ月
	おたふくかぜ	歳	ヶ月			
	熱性けいれん ない・ある(初回 歳 ヶ月 / いちばん最近 歳 ヶ月)					
	抗けいれん剤の指示 ない・あり( )					
	アレルギー ない・ある(↓内服薬・食事制限など具体的に記入して下さい)					
	喘息 ない・ある(↓内服薬など具体的に記入して下さい)					
その他	入院したこと	ない・ある	(病名	歳	ヶ月)	
			(病名	歳	ヶ月)	
			(病名	歳	ヶ月)	
	先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他 の病気 : ない・ある (↓ ある場合 病名など具体的に記入して下さい)					
	<p>体質、普段の暮らしの様子や心配なこと・配慮して欲しいことなど、あればお書きください  《 食事(量、様子) 寝る時のクセ、お気に入りの遊び、 など…》</p>					
※保育室 記入欄 /						