

|  |  |  |     |
|--|--|--|-----|
| フリガナ   |  |  |     |
| <b>児童名：</b>  |  |  |     |
| 生年月日：西暦  | 年  | 月  | 日   |
| 年齢： 歳  | カ月   | 性別： 男・女  | 愛称： |
| ご自宅：〒                      住所：                             |  |  |     |
| <b>●保護者・ご家族情報</b>  |  |  |     |
| <b>保護者</b>   | フリガナ<br>氏名：                                      (続柄：                      )<br>年齢： _____ 歳<br>携帯番号：<br>勤務先名：                                      (職種：                      )<br>勤務先住所：<br><br>勤務先電話番号： | フリガナ<br>氏名：                                      (続柄：                      )<br>年齢： _____ 歳<br>携帯番号：<br>勤務先名：                                      (職種：                      )<br>勤務先住所：<br><br>勤務先電話番号： |     |
| <b>緊急連絡先</b>   | 1 フリガナ<br>氏名：                                      続柄：                                      電話番号：  |  |     |
|  | 2 フリガナ<br>氏名：                                      続柄：                                      電話番号：  |  |     |
|  | 3 フリガナ<br>氏名：                                      続柄：                                      電話番号：  |  |     |
| <b>●既往歴（これまでにかかった病気）：</b> 有・無      例 ○歳○カ月 RS 感染症、熱性けいれん 等 |  |  |     |
| <b>●発達の遅れを指摘されたこと：</b> 有・無      (有の場合は詳細を記載)               |  |  |     |
| <b>●かかりつけ病院：</b>   |  |  |     |
| 病院名  | 診療科目   | 電話番号   |     |
|  |  |  |     |
|  |  |  |     |

●アレルギー： 有・無 （有の場合： \_\_\_\_\_）

●通園・通学施設名： \_\_\_\_\_

●母子手帳内容

・ 出生時： 体重 \_\_\_\_\_ g、身長 \_\_\_\_\_ cm

・ 出生週数： \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日

・ 妊娠経過： 正常 ・ 異常（具体的に \_\_\_\_\_）

・ 分娩経過： 正常 ・ 異常（具体的に \_\_\_\_\_）

●予防接種について 接種した回数に☑をしてください。

○定期接種

- ・ ヒブ 1回 2回 3回 4回
- ・ 肺炎球菌 1回 2回 3回 4回
- ・ 3種（4種）混合 I期1回 2回 3回 I期追加
- ・ BCG 1回
- ・ MR ワクチン（麻疹風疹） 1回 2回
- ・ 日本脳炎 I期1回 2回 I期追加

○任意ワクチン （複数☑可）

- ・ 水痘 1回 2回 無 かかった かかってない
- ・ おたふく（ムンプス） 1回 2回 無 かかった かかってない
- ・ ロタ 1回 2回 3回 無 かかった かかってない
- ・ B型肝炎 1回 2回 3回 無
- ・ インフルエンザ（今シーズン） 1回 2回 無 かかった かかってない
- ・ その他 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 回