

登録票

年 月 日記入

ふりがな 児童名 (愛称) 生年月日 H・R 年 月 日生	男 ・ 女	住 所	〒 (電話 自宅・携帯)		
家 族 構 成	続柄	氏名	勤務先	電話	優先順位
	父			勤務先	-----
				携 帯	
	母			勤務先	-----
				携 帯	

保育園等 小学校名 及び電話	電話 ※ない場合は「なし」と記入								
出生暦 ・ 現況	・妊娠中および出産時に異常はありましたか？ 異常なし・異常あり ※ありの場合、該当するものを○で囲んでください。 早産 (週) 骨盤位 仮死 けいれん その他 () ・出生時体重 g ・出生時身長 cm ・現在の体重 kg ・現在の身長 cm ・平熱 °C								
予 防 接 種	ワクチンの種類	接種年月日	ワクチンの種類	接種年月日	ワクチンの種類	接種年月日			
	ヒブ (Hib)	1回目	-----	肺炎 球菌	1回目	-----	四種 混合	1回目	-----
		2回目	-----		2回目	-----		2回目	-----
		3回目	-----		3回目	-----		3回目	-----
		追加	-----		追加	-----		追加	-----
ロタ	1回目	-----	麻疹・ 風疹	1期	-----	流行性 耳下腺炎	1回目	-----	
	2回目	-----		2期	-----		2回目	-----	
	3回目	-----	水痘	1回目	-----	日本脳炎	1回目	-----	
BCG (結核)		-----		2回目	-----	2回目	-----		
インフルエンザ		0歳 回・1歳 回・2歳 回・3歳 回・4歳 回・5歳 回・6歳 回							
既往歴	今までに病気やけがで入院したことがありますか？ 有 ・ 無 入院(病名・時期) 手術(病名・時期) ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ 有 ・ 無 有の場合 回数 回 ・ 最終年月日 年 月 日 ----- 麻疹 (歳 カ月)・水痘 (歳 カ月)・流行性耳下腺炎 (歳 カ月) 風疹 (歳 カ月)・日本脳炎 (歳 カ月)・ポリオ (歳 カ月) 百日咳 (歳 カ月)・結核 (歳 カ月)・その他 (歳 カ月)								
アレルギー	有・無	薬	食べ物 (除去食品)	その他					
かかりつけ医	電話		その他	※治療の際、知っておいてほしいことなど					