

登録票

平成 年 月 日記入

ふりがな 児童名 (愛称) 生年月日 平成 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	

血液型	RH (+) (-) A B O AB								
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				