

令和 年 月 日記入

記入者氏名

1. 世帯・児童の状況等

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日	西暦 (和暦)	年 (年)	月	日生 歳 ヶ月
自宅住所 : 〒 - 磐田市							
自宅電話 : - -							
緊急連絡先	第1連絡者 (続柄)	氏名		携帯電話 - -			
		勤務先名称		部署名			
		勤務先電話番号 - -		内線 ()			
	第2連絡者 (続柄)	氏名		携帯電話 - -			
		勤務先名称		部署名			
		勤務先電話番号 - -		内線 ()			
兄弟姉妹	歳 (男・女)、 歳 (男・女)、 歳 (男・女)、 歳 (男・女)						
通っている園・小学校・その他施設の名称							クラス名
かかりつけ医院名							電話番号 - -
予防接種	接種が終了したものに○を付けてください。			おたふくかぜ(ムフス) : 1回目・2回目			
	ヒブ : 1回目・2回目・3回目・4回目			BCG : 接種あり・接種無し			
	肺炎球菌 : 1回目・2回目・3回目・4回目			MR(麻疹風疹混合) : 1回目・2回目			
	B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目			水痘(みずぼうそう) : 1回目・2回目			
	おたふく : 1回目・2回目・3回目			日本脳炎 : 1期①・1期②・追加・2期			
	4種混合 : 1回目・2回目・3回目・4回目			3種混合 : 1回目・2回目・3回目・4回目			

2. 既往歴等

既往歴	麻疹(はしか) 罹患 なし・あり (歳 ヶ月)	風疹 罹患 なし・あり (歳 ヶ月)
	水ぼうそう 罹患 なし・あり (歳 ヶ月)	おたふく 罹患 なし・あり (歳 ヶ月)
	百日咳 罹患 なし・あり (歳 ヶ月)	B型肝炎 キャリアでない・キャリアである
	熱性けいれん 初回(歳 ヶ月)、最後(歳 ヶ月)、これまでに(回)	
	食物アレルギーについて → なし・あり ありの場合はその食べ物と症状を詳しくご記入ください。 ※体調が悪い時はアレルギー症状が強くなる場合があります。食事類に持たせるのは控えてください。(頓用持参なら可)	
発達	発達支援施設等への通園状況について → 通所なし・通所あり・通所予定 安心安全にお預かりするため 具体的にご記入ください。記載内容の全てに対応できない場合もありますので、ご了承ください。	
施設名		
その他	体質や癖などについて → なし・あり 安心安全にお預かりするため 具体的にご記入ください。	