

登録用紙

登録番号 ()

| 令和 年 月 日記載 | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|----------|-------|------------------------|-------------------|-------------|--------------|--------------|----------|--|--|
| ふりがな 児童名 | | | | 男 女 | 生年月日 | 平成 令和 | 年 月 日生 | 歳 カ月 | | | |
| 小学校名 保育所名 | | | | | 入所年月日 | 年 月 日 | | かかりつけ医 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | 自宅 電話番号 | | | | | |
| 延長利用 8時～18時 | 有・無 | 土曜 利用 | 有・無 | 兄弟 | 歳(男・女) | | 歳(男・女) | | 歳(男・女) | | |
| 緊急連絡先 | 続柄 | 氏名 | | 生年月日 | 勤務先 | | 電話番号 | | 優先順位 | | |
| | 父 | (ふりがな) | | S H | 勤務先 勤務時間 : ~ : | | 勤務先 携帯 | | | | |
| | 母 | (ふりがな) | | S H | 勤務先 勤務時間 : ~ : | | 勤務先 携帯 | | | | |
| | | (ふりがな) | | S H | 勤務先 勤務時間 : ~ : | | 勤務先 携帯 | | | | |
| | | (ふりがな) | | S H | 勤務先 勤務時間 : ~ : | | 勤務先 携帯 | | | | |
| 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 | 病名 | | 罹患・発生時年齢 | | |
| | B型肝炎 | 1回目 | | ヒブ | 初回 1回目 | | 既往歴 | 突発性発疹 | | | |
| | | 2回目 | | | 2回目 | | | おたふくかぜ | | | |
| | | 3回目 | | | 3回目 | | | 水痘 | | | |
| | ロタ | 1回目 | | 追加接種 | 追加接種 | | | 百日咳 | | | |
| | | 2回目 | | | 追加接種 | 追加接種 | | | RS | | |
| | | 3回目 | | | | | | 溶連菌感染症 | | | |
| | 肺炎球菌 | 初回 1回目 | | 追加接種 | □四種混合 | 1期 1回目 | | 川崎病 | | | |
| | | 2回目 | | | □五種混合 | 2回目 | | 中耳炎 | | | |
| | | 3回目 | | 追加接種 | 追加接種 | 1期 追加 | | 喘息 | | | |
| | MR | I期 | | 追加接種 | 追加接種 | 追加接種 | | 新型コロナウイルス感染症 | | | |
| | | II期 | | | 追加接種 | 追加接種 | | インフルエンザ | | | |
| インフルエンザ | | | 追加接種 | 追加接種 | 追加接種 | 脱臼 | | | | | |
| | | | | 追加接種 | 追加接種 | その他 | | | | | |
| | | | | 追加接種 | 追加接種 | | | | | | |
| アレルギー | ○食物アレルギー なし ・ あり | | | ○熱性けいれん なし ・ あり | | | | | | | |
| | ○除去食品 なし ・ あり | | | ○「あり」の場合 | | | | | | | |
| | ○「あり」の場合 | | | ・初回年齢 歳 カ月 | | | | | | | |
| | ・診断された日 年 月 日 | | | ・最終 歳 カ月 | | | | | | | |
| | ・除去食品 | | | ・合計 回 | | | | | | | |
| | ・解除年月日 年 月 日 | | | ・痙攣予防(ダイアップ)の使用 有・無 | | | | | | | |
| ●出生時、または発達段階で何か異常がありましたか？(有・無) 具体的にご記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| ●入院・手術歴、通院中の疾患等、注意すべきことについて詳しくご記入ください。 | | | | | | | | | | | |