

登 録 票

令和 年 月 日記入

ID _____

申請者名 _____

登 録	ふりがな	性別	愛称	生年月日
	氏名	男・女		平成 年 月 日生まれ 令和 (才 ヶ月)
児 童	自宅住所 (〒 _____)			
	自宅電話番号: (_____)		自宅FAX番号: (_____)	
	児童の兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)
	通園施設名	(_____) 区・市 (_____) 保育園・幼稚園・小学校		電話 (_____)
緊 急 連 絡 先	氏名	(_____ 歳)	続柄	父・母・その他 (_____)
	氏名	(_____ 歳)	続柄	父・母・その他 (_____)
父	勤務先:	職種:	<その他の連絡先>	
	電話: (_____)	携帯: . .		
	メールアドレス:			
	母	勤務先:		
母	電話: (_____)	携帯: . .		
	メールアドレス:			
新生児期	出生時の体重(_____ g) 出生時の異常 (なし・あり → _____)			
発育・発達	普通・少し遅れていると思う・わからない・その他 (_____)			
予 防 接 種	三・四種混合	未・済	1回 2回 3回 4回	ポリオ(生・不活化) 未・済 1回 2回 3回 4回
	BCG	未・済		Hib 未・済 1回 2回 3回 4回
	MR(麻疹,風疹)	未・済	1回 2回	肺炎球菌 未・済 1回 2回 3回 4回
	水ぼうそう	未・済	1回 2回	ロタウイルス 未・済 1回 2回 3回
	おたふく	未・済	1回 2回	B型肝炎 未・済 1回 2回 3回 (キャリアでない・ある)
	日本脳炎	未・済	1回 2回 3回 4回	その他: _____
これまでにかかった主な感染症と病気 —かかった病気に○をつけてください—				
1, 突発性発疹 2, はしか 3, 風疹 4, 水ぼうそう 5, おたふくかぜ 6, 百日咳 7, アトピー性皮膚炎 8, 熱性けいれん (回数 _____ 回) 最後は _____ 年 _____ 月 _____ 日, 坐薬の指示 (有・無) 9, 喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) 10, その他 (具体的に: _____)				
入院した こと	ない・ある (病名: _____ 歳 _____ ヶ月) (病名: _____ 歳 _____ ヶ月) (病名: _____ 歳 _____ ヶ月) (病名: _____ 歳 _____ ヶ月)			
常時服用している薬	ない・ある (具体的に: _____)			
食事制限	ない・ある (具体的に: _____)			
アレルギー	ない・ある (具体的に: _____)			
そ の 他	体質 (薬物アレルギー等) や、くせ、心配なことなど、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい			

登録費: 無・有 (未・済) / MCS登録: 未・済 / 収: 1. 生 2. 住 3. 所