

# 登 録 票

平成 年 月 日記入

ID \_\_\_\_\_

申請者名 \_\_\_\_\_

|  |  |                                     |                            |                   |                           |  |
|--|--|-------------------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------|--|
| 登<br>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       | ( 才 ヶ月 )                  |  |
| 児<br>童   | 自宅住所 (〒 _____ )                                  |                                     |                            |                   |                           |  |
|  | 自宅電話番号: ( _____ )                                |                                     | 自宅 FAX 番号: ( _____ )       |                   |                           |  |
| 童  | 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 ( _____ )              |  |
|  | かかりつけ医   | ( _____ ) 医院・病院                     |                            |                   | ( _____ ) 先生              |  |
| 緊<br>急<br>連<br>絡<br>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:                                | 職種:                        |                   |                           |  |
| 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<br>防<br>接<br>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                      | ロタウィルス            | 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 <span style="float: right;">—かかった病気に○をつけてください—</span>  |  |                                     |                            |                   |                           |  |
| 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<br>8、熱性けいれん(回数 回)最後は 年 月 日、坐薬の指示(有・無)<br>9、喘息及び喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ)<br>10、その他(具体的に: _____ ) |  |                                     |                            |                   |                           |  |
| 入院した<br>こと   | ない・ある(病名: _____ 歳 ヶ月)(病名: _____ 歳 ヶ月)            |                                     | _____ 歳 ヶ月(病名: _____ 歳 ヶ月) |                   | _____ 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<br>の<br>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 |                                     |                            |                   |                           |  |