

申請者 氏名

登録児童	児童氏名(ふりがな)		愛称		性別	生年月日		
					男 女	(年 月 日 (歳 ヶ月)		
	住所(〒 -)							
	電話: ()		FAX: ()					
	児童の兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	
	通園・通学施設名	市区町村			保育園・幼稚園・小学校			
	かかりつけ医	医療機関名:					()先生	
保護者緊急時連絡先	連絡先①							
	氏名				続柄	父・母・その他()		
	勤務先				職種			
	電話	()			携帯電話	()		
	連絡先②							
	氏名				続柄	父・母・その他()		
勤務先				職種				
電話	()			携帯電話	()			
新生児期	出生時の異常 (有・無)		発育・発達		ふつう・少し遅れていると思う・わからない			
予防接種	ヒブ	受けた(1回・2回・3回) 追加		肺炎球菌	受けた(1回・2回・3回) 追加			
	四種混合	受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)						
	三種混合	受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)				*三種の方のみポリオを記入		
	ポリオ(不活化)	受けた(1回・2回・3回・4回)		ポリオ(生)	受けた(1回・2回)			
	BCG	受けた		日本脳炎	受けた(1回・2回)追加 2期			
	水ぼうそう	受けた(1回・2回)		おたふくかぜ	受けた			
	麻疹・風疹	受けた(1回・2回)		ロタ(ワクチンによっては2回)	受けた(1回・2回・3回)			
これまでにかかった感染症・病気(○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.熱性けいれん(回数/回)(最後にかかった日 年 月 日) (座薬の指示 有・無 内容) 7.アトピー性皮膚炎 8.喘息および喘息様気管支炎(治療中・悪化時のみ) 9.その他()								
過去の入院歴	ない・ ある(病名 / 歳 ヶ月)(病名 / 歳 ヶ月) (病名 / 歳 ヶ月)(病名 / 歳 ヶ月)							
常時使用している薬	ない・ある(具体的に)							
食事制限	ない・ある(具体的に)							
その他(体質やアレルギー等、くせなど心配なこと、配慮してほしいことなどについて具体的にお書き下さい)								
今後のびのびからニュースなどのお知らせを希望しますか				はい ・ いいえ				

