

登録園児・児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日			
	園児・児童氏名			男・女	H R	年 月 日		
	自宅住所		〒 ー					
	自宅電話番号		通園・通学先					
	かかりつけ医		医療機関名:		担当医:			
保護者	父	氏名	携帯電話番号					
		勤務先	勤務先電話番号					
	母	氏名	携帯電話番号					
		勤務先	勤務先電話番号					
予防接種 (ワクチン)	Hib		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
	小児用肺炎球菌		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
	百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ		四種混合DPT-IPV又は三種混合DPT	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
			不活性ポリオ生ポリオ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	BCG		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済				
	はしか(麻疹)、風疹		MR(麻疹・風疹)又ははしか(麻疹)風疹	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 2回目
	水痘		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			
	日本脳炎		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加		
	B型肝炎		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目		
	ロタウイルス		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目		
	おたふくかぜ		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			
	インフルエンザ		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			
健康状態	これまでにかかった感染症		<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> はしか(麻疹)	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 風疹		
			<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> その他()			
	これまでにかかった病気		()	歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院		
			()	歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院		
			()	歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院		
	出産時の異常		<input type="checkbox"/> あり ()					
アレルギー		<input type="checkbox"/> あり ()						
		症状 ()						
		制限 ()						
薬	常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)があれば、具体的にお書きください。							
その他	体質(薬物アレルギー等)や発育・発達に関する事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。							