

登 録 用 紙

登録番号 ()

令和 年 月 日記載									
ふりがな				男 女	生年月日	平成 年 月 日生 歳 ヲ月 令和			
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
		(ふりがな)		S ・ H	勤務 時間 : ~ :		勤務先 携帯		
		(ふりがな)		S ・ H	勤務 時間 : ~ :		勤務先 携帯		
		(ふりがな)		S ・ H	勤務 時間 : ~ :		勤務先 携帯		
		(ふりがな)		S ・ H	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		既往時年齢
	B型肝炎	1回目		BCG			突発性発疹		
		2回目		ポリオ	1回目		おたふくかぜ		
		3回目			2回目		水痘		
	ロタ	1回目		生2回 不活化4回	3回目		麻疹(はしか)		
		2回目			4回目		風疹		
		3回目		三種混合 又は 四種混合	I期 1回目		溶連菌感染症		
	初回 1回目		2回目			百日咳			
	2回目		3回目			急性中耳炎			
	ヒブ	3回目		I期 追加	I期 追加		滲出性中耳炎		
追加接種			おたふくかぜ		1回目		気管支喘息		
肺炎球菌		初回 1回目		水痘	1回目				
	2回目		2回目						
	3回目								
MR	追加接種		日本脳炎	I期 1回目					
	I期			2回目					
インフルエンザ	II期		I期 追加	I期 追加					
		0歳児(回) 1歳児(回) 2歳児(回)							
		3歳児(回) 4歳児(回) 5歳児(回)							
ア レ ル ギ ー	○食物アレルギー		なし・あり	け い れ ん	○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 ヲ月		
	・診断された日		年 月 日		・最終		歳 ヲ月		
		・除去食品				・合計	回		
●その他：今までかかった病気や入院歴、注意すべきことについてご記入ください。 (脱臼・喘息・川崎病・薬品アレルギーなど)									