

記入者名 _____

フリガナ 氏 名				男 女	愛称		生年月日		年		月		日生		歳		
※ 住 所		〒										TEL					
家庭医名		TEL				保 育 所 小 学 校 等 名		TEL									
※ 家族 の 状況	父・氏名	(歳)				携 帯 TEL				勤務先名		TEL					
	母・氏名	(歳)				携 帯 TEL				勤務先名		TEL					
	兄弟姉妹	歳(男・女)				歳(男・女)				歳(男・女)							
緊急時の連絡先		氏名 TEL (対象児との続柄)															
周 産 期	・妊娠中の異常 なし・あり ()																
	・出生時体重 g																
	・出産は (予定どおり・ 日早かった・遅かった) [在胎 週]																
	・出産時の異常 なし・あり ()																
乳 児 期 の 発 達	・首のすわり (カ月) ・おすわり (カ月) ・一人歩き (カ月)																
	・発達の遅れ (疑いあり・なし)																
	・栄 養 法 (母乳・人工・混合)																
	・離乳食開始時期 (前期 : カ月) (中期 : カ月) (後期 : カ月)																
	(幼児食 : 歳 カ月)																
予 防 接 種	BCG				未 ・ 済												
	MR(麻しん・風しん)				未 ・ 1期済 ・ 2期済												
	ポリオ(□生ワク □不活化) ※四/五種混合接種者は記入不要				未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済												
	□三種 □四種 □五種 混合				未 ・ I 期 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加済												
	日本脳炎				未 ・ I 期 1回目済 ・ 2回目済 ・ 追加済												
	ヒブワクチン				未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済												
	肺炎球菌				未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済												
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)				未 ・ 1回目済 ・ 2回目済												
	水痘				未 ・ 1回目済 ・ 2回目済												
	B型肝炎(HB)				未 ・ 済												
	新型コロナワクチン				未 ・ 済												
その他・ロタ等				()													
既 往 歴	・麻しん(はしか) ・水痘(水ぼうそう) ・風しん ・百日咳 ・てんかん																
	・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・川崎病 ・熱性けいれん ・気管支喘息																
	・結核 ・アトピー性皮膚炎 ・その他 ()																
食 事	嫌いな食べ物 ()																
	アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください。 過去にあったアレルギーについても記入してください。																
そ の 他	配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)																