

会員番号 _____

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		第 子	男女	年月日
通所先	名称	かかりつけ医	名称	
	住所		TEL	
	TEL	かかりつけ医	名称	
名称	TEL			
住所	名称			
通所先	住所	かかりつけ医	名称	
	TEL		TEL	
	名称	名称		
出生時の情報	在胎週数 _____ 週 出生体重 _____ g 出産時 異常なし・あり ()			
予防接種	Hib	1回・2回・3回・追加	肺炎球菌	1回・2回・3回・追加
	B型肝炎	1回・2回・3回	ロタウイルス	1回・2回・3回 (5価のみ)
	4種混合(DPT-IPV)	第1期：1回・2回・3回・追加/2種混合(DT)第2期		BCG 未・済
	MR (麻疹・風疹)	第1期・第2期	水ぼうそう	1回・2回
	日本脳炎	第1期：1回・2回・追加・第2期	おたふくかぜ	1回・2回
	その他	ワクチン名 ()		
既往歴	熱性けいれん なし・あり (回数： _____ いつ頃： _____) その他			
入院経験	なし・あり (いつ頃： _____ 病名： _____)			
常時使用している内服薬・塗布薬	なし・あり ()			
アレルギー	なし・あり ()			
	※食事制限 なし・あり ()			
家族歴	熱性けいれん既往 父 なし・あり () 母 なし・あり ()			
	アレルギー既往 父 なし・あり () 母 なし・あり ()			
保育上で配慮する点	平熱 _____ °C			