

FAX送信日								

登録番号			記入日 令和 年 月 日						
ふりがな									
氏 名									
性 別		男 ・ 女	生 年 月 日		平成 年 月 日 令和				
通所施設名		() 保育所・ 認定こども園・ 幼稚園・ 小学校・ その他							
住 所		〒 (—)		自宅の電話番号		—			
母 親	氏 名				父 親	氏 名			
	勤務先名					勤務先名			
	緊急 連絡 先	勤務先	—			緊急 連絡 先	勤務先	—	
		携 帯	— —				携 帯	— —	
		その他	—				その他	—	

氏 名

【様式2】

かかりつけの病院		() 病院・医院・診療所・クリニック			
		医師名 () 先生			
松田小児科医院受診歴		無 ・ 有 診察券番号 ()			
福祉に関する手帳		無 ・ 有 (療育手帳 ・ 身体障害者手帳)			
兄弟姉妹		歳 (男・女)		歳 (男・女)	
出生期	妊娠中の異常： 無 ・ 有 (具体的に)				
	出産時の異常： 無 ・ 有 (具体的に)				
	出生時体重 (g) 在胎 (週)				
	出産は (予定通り ・ 日早かった ・ 日遅かった)				
予防接種	H i b	未・済 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)		B C G	未・済
	肺炎球菌	未・済 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)		麻しん・風しん	未・済 (1 ・ 2)
	B 肝	未・済 (1 ・ 2 ・ 3)		水痘	未・済 (1 ・ 2)
	ロタウィルス	未・済 (1 ・ 2 ・ 3)		日本脳炎	未・済 (1 ・ 2 ・ 追加)
	四種混合	未・済 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)		おたふく	未・済 (1 ・ 2)
	五種混合	未・済 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加)		その他	ワクチン名 ()
既往歴	麻しん (はしか)		年 月		
	風しん (三日はしか)		年 月		
	水 痘		年 月		
	おたふくかぜ		年 月		
	気管支喘息		無 ・ 有		
	ぜん息 及び ぜん息様気管支炎		無 ・ 有		
			治療は (継続中 ・ 悪化時のみ)		
			薬は (飲んでない ・ 毎日飲んでいる ・ 発作時のみ)		
			吸入は (していない ・ している ・ 発作時のみ)		
	てんかん		無 ・ 有		
	熱性けいれん		無 ・ 有 初回 歳 か月、回数はこれまでに 回		
			最後 歳 か月、座薬の指示 (無 ・ 有)		
	アトピー性皮膚炎		無 ・ 有 治療は (内服薬 ・ 外用薬 ・ 食事療法)		
	入院歴		無 ・ 有 病名 () 歳 か月		
病名 () 歳 か月					
病名 () 歳 か月					
その他の病気 (具体的に)					
アレルギー	食物 ア レ ル ギ ー		無 ・ 有⇒ (アナフィラキシー 有・無)		
	常時服用している薬				
配慮	好きなこと		嫌いなこと		
	気をつけてほしいこと				
備考					
【 入 室 日 】					
①	年 月 日 ()	⑤	年 月 日 ()	⑨	年 月 日 ()
②	年 月 日 ()	⑥	年 月 日 ()	⑩	年 月 日 ()
③	年 月 日 ()	⑦	年 月 日 ()	⑪	年 月 日 ()
④	年 月 日 ()	⑧	年 月 日 ()	⑫	年 月 日 ()