

年 月 日記入

年 月 日記入

年 月 日記入

申込者名

フリガナ				愛称	きょうだい関係	
お名前	男・女				第 子	
生年月日	平成	年	月	日	生まれ	(歳 ヲ月)
自宅住所	〒					
自宅電話番号				携帯電話		
通園・通学施設名						
家族	氏名	続柄	年齢	勤務先・TEL		職種
				通園通学施設名		
				通園通学施設名		
緊急連絡先 1	氏名		住所		電話	
緊急連絡先 2	氏名		住所		電話	
予防接種 (済のものに○印)	ロタ：(1回・2回・3回) B型肝炎：(1回・2回・3回) ヒブ：(1回・2回・3回・4回) 小児用肺炎球菌：(1回・2回・3回・4回) 3種混合：Ⅰ期(1回・2回・3回)・Ⅰ期追加 4種混合：Ⅰ期(1回・2回・3回)・Ⅰ期追加 生ポリオ：(1回・2回) 不活化ポリオ(1回・2回・3回・4回) BCG ・ MR(麻しん風しん混合)：(1回・2回) おたふくかぜ(1回・2回) ・ 水痘(1回・2回) 日本脳炎：Ⅰ期(1回・2回) ・ Ⅰ期追加 ・ Ⅱ期					
今までにかかった 病気に○印	突発性発疹・水痘(水ぼうそう)・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)・RS 溶連菌・インフルエンザ・麻しん(はしか)・風しん(三日はしか)					
けいれん	無 有：初回(歳 ヲ月) 最後(歳 ヲ月) 発作時の対応()					
アレルギー	無 有(卵・牛乳・小麦・大豆・その他)					
入院歴	無 有 病名： いつ頃： 病院名：					
常時内服している薬	無 有 (具体的に記入して下さい。)					
かかりつけ医	病院名 電話番号					

