

申請者名

登録児童	児 童 氏 名		愛 称		性別		生 年 月 日	
					男 女		(年 月 日 歳 月)	
	自宅住所	(〒 -)						
	通園施設名	() 保育園・幼稚園						
	入園日	年 月 日 入園			連絡先:			
	かかりつけ医	連絡先:						
家族構成(同居)	氏 名	続柄	年齢	緊急連絡先 ※必ず繋がる連絡先をご記入ください。				
				①保護者続柄 ()	勤務先名:		連絡先	
					携帯電話:			
				②保護者続柄 ()	勤務先名:		連絡先:	
					携帯電話:			
				③その他 ()	氏 名:			
周産期	① 妊娠中の児の状態		※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。					
	② 妊娠中の母の状態		※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。					
	③ 出生体重		g		④ 在胎週数		週 日	
	⑤ 出産時の児の状態		※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。					
乳児期の発達	① 頸のすわり		ヶ月		② おすわり		ヶ月	
					③ つかまり歩き		ヶ月	
					④ 一人歩き		ヶ月	
	⑤ 乳児期の栄養		母乳栄養・人工栄養・混合栄養				⑥ 離乳食開始時期	
							ヶ月	
	⑦ 離乳食		前期		ヶ月～		中期	
					ヶ月～		後期	
					ヶ月～			
	⑧ 現在の食事内容						⑨ あやされると笑う	
							歳 ヶ月	
	⑩ 初語		歳 ヶ月		⑪ 人見知り		歳 ヶ月	
					⑫ 母親の後追い		歳 ヶ月	
予防接種	① BCG		年 月		② MR		1 年 月 2 年 月	
	③ 水痘		1 年 月 2 年 月		④ おたふくかぜ		1 年 月 2 年 月	
	⑤ Hib(ヒブ)		I-1 年 月		I-2 年 月		I-3 年 月	
							追加 年 月	
	⑥ 四種混合		I-1 年 月		I-2 年 月		I-3 年 月	
							追加 年 月	
	⑦ 肺炎球菌		I-1 年 月		I-2 年 月		I-3 年 月	
							追加 年 月	
	⑧ ロタ		1 年 月		2 年 月		3 年 月	
	⑨ B型肝炎		1 年 月		2 年 月		3 年 月	
⑩ 日本脳炎		I-1 年 月		I-2 年 月		追加 年 月		
						II 年 月		
⑪ その他の接種		() ・ () ・ () ・ ()						

感染症歴	① 麻疹	歳 ヶ月		② 風疹	歳 ヶ月			
	③ 水痘	歳 ヶ月		④ おたふくかぜ	歳 ヶ月			
	⑤ マイコプラズマ肺炎	歳 ヶ月		⑥ 突発性発疹	歳 ヶ月			
	⑦ 溶連菌感染症	歳 ヶ月		⑧ RSウイルス感染症	歳 ヶ月			
	⑨ アデノウイルス感染症	歳 ヶ月		⑩ ヒトメタニューモ感染症	歳 ヶ月			
	⑪ その他（具体的に）							
これまでにかかった病気	① 熱性痙攣	(初回)		歳 ヶ月	(最後)	歳 ヶ月	(計)	回
	② 急性中耳炎	無・有（直近:		年	月		(計)	回
	③ 肺炎	無・有（直近:		年	月		(計)	回
	④ 喘息 喘息性気管支炎	無・有	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時のみ(薬品名)					
			毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名)					
	⑤ 食物アレルギー	無・有（治療：内服薬・食事療法）		原因食物（） 食事療法（）				
	⑥ アトピー性皮膚炎	無・有（治療：内服薬・外用薬）	内服薬品名（）					
			外用薬品名（）					
⑦ その他の病気	(具体的に)							
⑧ 入院したこと	無・有	病名:				歳 ヶ月		
		病名:				歳 ヶ月		
常用薬	喘息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。							
	1	4						
	2	5						
	3	6						
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にご記入ください。							
	(診断医療機関名)							
性格								
その他	体質(薬物アレルギー、じんましん等)や、くせなどの心配事・保育時に配慮してほしいことについて、具体的にご記入ください。							