

年 月 日

実施施設長

様

申請者 住所
(保護者) 氏名

ふりがな 氏名		男 女	生年月日	年 月 日 歳
保護者	父・氏名	(歳)	お子さんの愛称	
	母・氏名	(歳)		
	自宅住所 自宅電話	(〒 -) ()		
きょうだい		歳 (男・女) ・ 歳 (男・女) ・ 歳 (男・女)		
緊急連絡	父	携帯 () 勤務先名: Tel ()		
	母	携帯 () 勤務先名: Tel ()		
通園施設名			電話: -	
かかりつけ医			電話: -	
出生体重		g	出生時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
予防接種	四種混合	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 接種日 ()	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 接種日 ()
	Hib ワクチン	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 接種日 ()	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 接種日 ()
	小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 接種日 ()	MR (麻疹風疹)	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 接種日 ()
	BCG	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 接種日 ()	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 接種日 ()
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 接種日 ()	水痘	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 接種日 ()
感染症等	◆これまでにかかった主な感染症や病気 ～かかった病気に○をつけてください～ 1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん (回数 回) ※最後はいつですか (年 月 日) ※座薬の指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 8. 喘息及び喘息様気管支炎 9. その他 ()			
常時服用している薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (具体的に:)			
アレルギー	◆アレルギーのものは「○」印、食べたことが無いものには「△」印、問題ないものは「-」で消してください 小麦 ・ 大豆 ・ 卵 ・ マヨネーズ ・ 牛乳 ・ バナナ ・ キウイ ・ そば ハチミツ ・ ピーナツ ・ エビ ・ カニ			
	◆食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書き下さい。			
その他	◆体質 (薬物アレルギー等) ・ くせ等ご心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。			