

フリガナ		性別	愛称	生年月日 (年 月 日)	歳	日記入 (年 月 日)
お名前				H・R	年 月 日	
登録済 きょうだい関係	フリガナ 名前	歳	名前	歳	名前	歳
自宅住所	〒					
通園・通学先	迎			かかりつけ医		
保護者	フリガナ	続柄	年齢	職種 ()		
	氏名			勤務先名		
	個人携帯				勤務先TEL	
	フリガナ	続柄	年齢	職種 ()		
	氏名			勤務先名		
	個人携帯				勤務先TEL	
保護者以外の方の 連絡先を必ず記入 してください	フリガナ 氏名	続柄	連絡先TEL			
緊急連絡順 (母職場、父携帯 など)	①	②		③		
	TEL	TEL		TEL		
予防接種歴 (受けたものに○)	Hib ()	4種混合(DPT-I) ()		日本脳炎 ()		
	肺炎球菌 ()	BCG ()		おたふく ()		
	B型肝炎 ()	MR ()		3種混合(DPT) ()		
	ロタ ()	水痘 ()		不活化ポリオ ()		
今までに かかった病気	突発性発疹 ・ 水痘(みずぼうそう) ・ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 麻疹(はしか) ・ 風疹(3日はしか) ・ 川崎病 ・ その他()					
けいれん	なし ・ あり		初回(歳 月)	最終(歳 月)		
	発作時の対応() ダイアアップ処方: あり・なし					
アレルギー	なし			・じんましん ・気管支喘息		
	あり 食物()) ・ アナフィラキシー		
入院歴	なし ・ あり 病名()		いつ頃(年 月)			
	最終の入院 病名()		いつ頃(年 月)			
療育手帳 障がい者手帳	なし ・ 申請中 ・ あり		診断名() かかりつけ医()			
発育・発達 気になる様子	なし ・ 少し気になる ・ あり ・ わからない 気になること()					
おやつ 食べたことが ある→○ ない→×	・記載項目 全て可 () ・ハッピーターン () ・ヨーグレット ()					
	・ハイハイ () ・ラムネ菓子 () ・ぱりんこ () ・ゼリー ()					
	・ベジタべる () ・サッポロポテト () ・おととと ()					
LINE公式アカウントに顔を隠した写真を載せてもいいですか? (○ ・ ×)						
備考	医 R . 10 . 31					