

入園前の状況

病 気	罹 患 歴	結核	年 月	百日咳	年 月	水ぼうそう	年 月
		麻疹 (はしか)	年 月	風疹	年 月	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	年 月
		突発性発疹	年 月	熱 けいれん	年 月	肺炎	年 月
		その他					
健 康 管 理 ・ 他	保険証名		記号		番号		
	かかりつけの医者		電話番号		血液型		
今 ま で に 実 施 し た 予 防 接 種 及 び 実 施 年 月 日	予 防 接 種 名	1回目	2回目	3回目	4回目	副反応・事故等	
	Hib (インフルエンザ菌B型)	1期初回 1回目	1期初回 2回目	1期初回 3回目	1期 追加	あり・なし	
	小児肺炎球菌	1期初回 1回目	1期初回 2回目	1期初回 3回目	1期 追加	あり・なし	
	ポリオ (生・不活化)					あり・なし	
	4種混合					あり・なし	
	BCG					あり・なし	
	M R (麻しん・風しん)	1期	2期			あり・なし	
	日本脳炎	1期初回 1回目	1期初回 2回目	1期 追加		あり・なし	
	B型肝炎					あり・なし	
	ロ タ					あり・なし	
	水 痘					あり・なし	
	おたふくかぜ					あり・なし	
その他					あり・なし		
発 育 の 状 況	出 産	出生時体重( g )		出生週数( 週 )		状況( 異常なし ・ 仮死 ・ 保育器 )	
	発 育 状 況 (市の乳幼児健診 を受けましたか?)	4か月健診	未実施 ・ 実施	異常なし ・ 指摘あり(			
		1歳6か月健診	未実施 ・ 実施	異常なし ・ 指摘あり(			
		3歳児健診	未実施 ・ 実施	異常なし ・ 指摘あり(			
	哺 乳	母乳 ・ 混合栄養 ・ 人工栄養					
	離 乳 食	離乳食開始月齢( か月 )		離乳食終了月齢( 才 か月 )			
	体 質	アレルギー ・ アトピー					
	粗 大 運 動	首座り( か月 ) ・ お座り( か月 ) ・ はいはい( か月 ) ・ 歩行( か月 )					
こ と ば	パパ・ママ・マンマ など 意味のある言葉を言い始めた時( 才 か月 )						
アレルギーのため家庭で食事を制限・除去 ( している ・ していない )							
園で虫刺されをした際のかゆみ止めについて ( 塗布してもよい ・ 塗布しない )							

家庭の状況

4月1日現在の見込みで記入して下さい

氏名		性別	続柄	生年月日	年齢	職業・勤務先	
ふりがな 幼児		男	本人	H . .	歳		
		女		R . .			
ふりがな 保護者		男		S . .	歳	職業 勤務先 電話番号	
		女		H . .			
その他の家族		男		T・S . .	歳		
		女		H・R . .			
		男		T・S . .	歳		
		女		H・R . .			
		男		T・S . .	歳		
	女		H・R . .				
		男		T・S . .	歳		
		女		H・R . .			
現住所	館山市			町内名	電話番号		
入園前の 経歴	・在家庭			緊急時の連絡先 電 話	①		
	・( )保育園【H・R ~H・R】				②		
	・( )幼稚園【H・R ~H・R】				③		
健康状態	食物アレルギー疾患について あり・なし		食物アレルギーがある方は下記に原因食物を記入してください [ ]				
	その他	・アレルギー( 鼻炎・皮膚炎 ) ・心臓疾患 ・熱性けいれん( いつ頃 回 ) ・喘息 ・その他 [ ]					
自宅付近の略図	通園方法(○で囲んでください) バス・徒歩・自転車・自動車					所要時間	分