

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 | |
| | 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 | | | | 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 | | | | | |
| | | | | | | |