

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 性	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	
	口 夕					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	4か月健診	未実施 ・ 実施	異常なし ・ 指摘あり(			
	(市の乳幼児健診	1歳6か月健診	未実施 ・ 実施	異常なし ・ 指摘あり(			
	を受けましたか?)	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