

申請者名

登録児童	児 童 氏 名		愛 称		性別	生 年 月 日										
					男 女	年 月 日 (歳 月 日)										
	自宅住所	(〒 -)					自宅電話:									
	通園施設名	() 保育園・幼稚園														
	入園日	年 月 日 入園			連絡先:											
	かかりつけ医						連絡先:									
家族構成(同居)	氏 名	続柄	年齢	緊急連絡先 ※必ず繋がる連絡先をご記入ください。												
				①保護者続柄()	勤務先名:		連絡先									
					携帯電話:											
				②保護者続柄()	勤務先名:		連絡先:									
					携帯電話:											
				③その他()	氏 名:											
				携帯電話:												
周産期	① 妊娠中の児の状態		※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。													
	② 妊娠中の母の状態		※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。													
	③ 出生体重		g	④ 在胎週数		週 日										
	⑤ 出産時の児の状態		※お伝えしたいことがありましたらご記入ください。													
乳児期の発達	① 頸のすわり		ヶ月	② おすわり		ヶ月	③ つかまり歩き		ヶ月	④ 一人歩き		ヶ月				
	⑤ 乳児期の栄養		母乳栄養・人工栄養・混合栄養					⑥ 離乳食開始時期		ヶ月						
	⑦ 離乳食		前期	ヶ月～	中期	ヶ月～	後期	ヶ月～								
	⑧ 現在の食事内容							⑨ あやされると笑う		歳	ヶ月					
	⑩ 初語		歳	ヶ月	⑪ 人見知り		歳	ヶ月	⑫ 母親の後追い		歳	ヶ月				
予防接種	① BCG		年	月	② MR		1	年	月	2	年	月				
	③ 水痘		1	年	月	2	年	月	④ おたふくかぜ		1	年	月	2	年	月
	⑤ Hib(ヒブ)		I-1	年	月	I-2	年	月	I-3	年	月	追加	年	月		
	⑥ 四種混合		I-1	年	月	I-2	年	月	I-3	年	月	追加	年	月		
	⑦ 肺炎球菌		I-1	年	月	I-2	年	月	I-3	年	月	追加	年	月		
	⑧ 口 タ		1	年	月	2	年	月	3	年	月					
	⑨ B型肝炎		1	年	月	2	年	月	3	年	月					
	⑩ 日本脳炎		I-1	年	月	I-2	年	月	追加	年	月	II	年	月		
	⑪ その他の接種		() ・ () ・ () ・ ()													

感染症歴	① 麻疹		歳 ヶ月	② 風疹		歳 ヶ月	
	③ 水痘		歳 ヶ月	④ おたふくかぜ		歳 ヶ月	
	⑤ マイコプラズマ肺炎		歳 ヶ月	⑥ 突発性発疹		歳 ヶ月	
	⑦ 溶連菌感染症		歳 ヶ月	⑧ RSウイルス感染症		歳 ヶ月	
	⑨ アデノウイルス感染症		歳 ヶ月	⑩ ヒトメタニューモ感染症		歳 ヶ月	
	⑪ その他（具体的に）						
これまでにかかった病気	① 熱性痙攣	(初回)	歳 ヶ月 (最後)	歳 ヶ月	(計)	回	
	② 急性中耳炎	無・有(直近: 年 月)				(計)	回
	③ 肺炎	無・有(直近: 年 月)				(計)	回
	④ 喘息 喘息性気管支炎	無・有	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時のみ(薬品名)				
			毎日 吸入をしている・いない・発作時のみ(薬品名)				
	⑤ 食物アレルギー	無・有(治療：内服薬・食事療法)	原因食物 ()				
			食事療法 ()				
	⑥ アトピー性皮膚炎	無 ・有(治療：内服薬・外用薬)	内服薬品名()				
			外用薬品名()				
⑦ その他の病気	(具体的に)						
⑧ 入院したこと	無・有	病名:			歳 ヶ月		
		病名:			歳 ヶ月		
常用薬	喘息・アトピー性皮膚炎、てんかん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入ください。 1 4 2 5 3 6						
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にご記入ください。 (診断医療機関名)						
性格							
その他	体質(薬物アレルギー、じんましん等)や、くせなどの心配事・保育時に配慮してほしいことについて、具体的にご記入ください。						