

海津市長 あて

保護者氏名 _____ 印

住 所 _____

自宅電話番号 _____

記入日 年 月 日

ふりがな 氏 名		男 女	生年月日		年 月 日生
					____ 歳 ____ か月
保 護 者	父・氏名		(歳)	お子さんの愛称	
	母・氏名		(歳)		
	自宅住所(〒 _____)				
兄 弟 姉 妹					
職 業	父	勤務先 TEL		母	勤務先 TEL
	緊急連絡先	父	携帯電話	e-mail	
	母	携帯電話	e-mail		
	その他 ()	自宅電話	勤務先電話		
		携帯電話	e-mail		
保 育 所 名		電話 _____			
かかりつけ 医 名		電話 _____			
健康保険証の種類及び 番号				かかりつけ医が 休診時の対応	
診察券番号				乳幼児受給者証及び 番号	
平熱時の体温					
(好きな遊びなど)					
周 産 期	妊娠中の異常		無・有 ()		
	出産中の異常		無・有 ()		
	発達の異常		無・有 ()		
乳 児 期 の 発 達	首のすわり :		か月	おすわり :	か月
	栄養法		(母乳・人工・混合)		
	離乳食開始時期(前期 :		か月	中期 :	か月
	後期 :		か月	幼児食 :	歳 か月)
	人見知り :		か月	母親の後追い :	歳 か月
初語(意味のあることば) :		歳	か月		

予 防 接 種	BCG	未・済	小児用肺炎球菌	未・接種途中・済
	四種混合	未・接種途中・済	日本脳炎	未・接種途中・済
	三種混合	未・接種途中・済	MR（麻疹・風疹）	未・接種途中・済
	不活化ポリオ	未・接種途中・済	水痘（水ぼうそう）	未・接種途中・済
	ポリオ（経口）	未・接種途中・済	おたふくかぜ	未・接種途中・済
	ヒブ （インフルエンザ菌b型）	未・接種途中・済	B型肝炎	未・接種途中・済
こ れ ま だ の 病 気	かかった病気に○を付けてください。 1、突発性発疹 2、はしか 3、風疹 4、水ぼうそう 5、手足口病 6、おたふくかぜ 7、りんご病 8、百日咳 9、咽頭結膜炎（プール熱） 10、ヘルパンギーナ 11、熱性けいれん 12、川崎病 13、肺炎（マイコプラズマ肺炎含む） 14、ぜんそく 15、アトピー性皮膚炎 16、とびひ 17、てんかん 18、心臓病 19、その他（ ）			
	熱性痙攣：初回 歳 か月 最後は 歳 か月（これまでに__回） 処置法：座薬 有・無 何度で 度			
	喘息	毎日 薬を飲んでいる・いない・発作時だけ		
	喘息様気管支炎	毎日 吸入療法している・いない・発作時だけ		
	アトピー性皮膚炎	ない・ある（治療は 内服薬・食事療法）		
	その他の病気 （具体的に）			
入院したこと	ない・ある（病院 歳 か月） （病院 歳 か月） （病院 歳 か月） （病院 歳 か月）			
常 用 内 服 薬	常時内服薬しているお薬があれば具体的にお書きください。（内服時間も） 病名・内服名・回数・時間			
食 事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。			
午 睡	昼寝の習慣 有・無 寝るときのくせ等			
そ の 他	体質（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと、配慮してほしいこと等。			
	障害手帳等 無・有（ ）			