

登 録 者	ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 歳 月	
	住 所 横浜市 区			通園・通学 施設名	保育園・幼稚園 小学校 年	
	保護者氏名		続柄	携帯電話		
				携帯メールアドレス		
	保護者氏名		続柄	携帯電話		
				携帯メールアドレス		

既 往 歴	該当する番号に○をつけてください。	
	1. 突発性発疹	13. 喘息・喘息様気管支炎(薬の服用口毎日口発作時)
	2. 麻疹(はしか)	14. 川崎病(心臓合併症口あり・口なし)
	3. 水痘(水ぼうそう)	15. 熱性痙攣 初回発作： 歳 月 月 これまでの回数 最終発作： 年 月 月 回 医師による坐薬指示：口あり・口なし
	4. 風疹(三日はしか)	
	5. 咽頭結膜熱(プール熱)	
	6. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	16. てんかん
	7. 百日咳	17. 食物アレルギー 口牛乳・口卵・口大豆・口その他() 医師によるエピペンの指示：口あり・口なし
	8. ヘルパンギーナ	18. その他 (以下にご記入ください)
	9. 肺炎	
	10. とびひ	
	11. B型肝炎(キャリアー含む)	
12. アトピー性皮膚炎		

予 防 接 種 歴	該当する番号と、接種した回数を○で囲んでください。	
	1. ヒブ 1回目 2回目 3回目 追加	8. 日本脳炎 1回目 2回目 期追加 期
	2. 小児用肺炎球菌 1回目 2回目 3回目 追加	9. 水痘(水ぼうそう) 1回目 2回目
	3. 四種混合 1回目 2回目 3回目 追加	10. ロタウィルス 1価 5価
	4. 三種混合 1回目 2回目 3回目 追加	11. B型肝炎) 1回目 2回目 3回目
	5. ポリオ 口生ポリオ 1回目 2回目 3回目 追加	12. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 1回目 2回目
	6. BCG	13. インフルエンザ 最終接種 年 月 日
	7. MR(麻疹・風疹) 1回目 2回目	14. その他 ()

か か り つ け	かかりつけ医療機関
	電話番号

入 院 歴	診断名
	口なし 口あり [] 歳 月 日

常 用 薬	日頃より使用しているお薬のお名前を記入してください
	口なし 口あり []

そ の 他	薬物アレルギーや、ご心配点・配慮が必要な事項についてご記入ください
-------------	-----------------------------------