

利府町長 宛  
（実施施設経由）

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

フリガナ 児童氏名		男 女	愛称		生年月日 年 月 日生 ( 歳 か月)	
住 所 TEL						
保育所等名 TEL						
世帯の状況	父・氏名		勤務先 TEL			
	母・氏名		勤務先 TEL			
	同居家族 (氏名 続柄 ) (氏名 続柄 )					
	(氏名 続柄 ) (氏名 続柄 )					
(氏名 続柄 ) (氏名 続柄 )						
健康保険証番号		記号	番号	保険者番号		
緊急連絡先		TEL				
家庭医		病・医院名		TEL		
医師名						
生育歴	妊娠中の異常 なし・あり ( )					
	出生時体重 ( g)					
	出産は (予定通り・ 日早かった・遅かった) (在胎 週)					
	出産時の異常 なし・あり ( )					
	首のすわり ( か月) おすわり ( か月) 一人歩き ( 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)					
既往歴	人見知り ( か月) 母親の後追い ( 歳 か月)					
	話し始め (意味のある言葉) ( 歳 か月)					
食事	突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳					
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病					
その他	熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹					
	その他 ( )					
その他	嫌いな食べ物 ( )					
	アレルギー等で制限している食品: 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦類・ソバ類					
その他	その他 ( )					
	注意事項					

予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

## 予防接種履歴

B C G	未 ・ 済
ポリオ（生ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ（単独・不活化ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
麻しん風しん混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
〔 ・ 麻しん単抗原 〕	〔 未 ・ 第1期 ・ 第2期 〕
〔 ・ 風しん単抗原 〕	〔 未 ・ 第1期 ・ 第2期 〕
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加
ヒブ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
水痘	未 ・ 1回 ・ 2回
おたふくかぜ	未 ・ 済
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
ロタウィルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回