

利府町長 殿
（実施施設経由）

申請者 住 所
氏 名
電話番号

カガナ 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)			
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)				
既往歴	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			
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 ()				
食 事	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

BCG	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
ロタウイルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回