

事前登録書

この用紙は登録時に記入し、変更あれば変更欄に修正してください。就学するまで使用できます。

登録 番号		受付日	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
		受付者						

記入日：西暦 年 月 日

登 録 児 童	ふりがな			愛称	性別	生年月日(西暦)	
	氏名						
	自宅住所	〒					
		(年 月)変更					
	電話番号						
		(年 月)変更					
通園施設			(年 月)変更				
かかりつけ医	医療機関名：			担当医		先生	
緊 急 連 絡 先	緊急時に連絡する順番を数字で記入してください↓						
	ふりがな		続柄	勤務先	勤務先番号		
	①氏名				携帯番号		
	ふりがな		続柄	勤務先	勤務先番号		
	②氏名				携帯番号		
	ふりがな		続柄	勤務先	勤務先番号		
	③氏名				携帯番号		
	(年 月 日)変更						
	ふりがな		続柄	勤務先	勤務先番号		
	氏名				携帯番号		
	ふりがな		続柄	勤務先	勤務先番号		
	氏名				携帯番号		
予 防 接 種	<input type="checkbox"/> BCG 未・済 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 未・済 <input type="checkbox"/> B型肝炎 未・(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 未・(1回目・2回目・3回目・4回目) <input type="checkbox"/> Hib感染症 未・(1回目・2回目・3回目・4回目) <input type="checkbox"/> ロタ 未・(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん 未 1期 (年 月 日) 2期 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 未・(初回・2回目・1期追加) <input type="checkbox"/> 4種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ) 未 (1期1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 5種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ・Hib) 未 (1期1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) 未 1回目 (年 月 日) 2回目 (年 月 日)						

予防接種には、定期接種対象時期を過ぎてしまうと全額負担の任意接種になってしまうものがあります。
これを機会に一度確認しましょう。今後、上記記載の接種から追加がありましたら
利用の際にお知らせください。

これまでの病気	出産時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(詳細：妊娠 週 難産・吸引・手術・仮死) 保育器使用(有 ・ 無)		
	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済		
	脱臼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位：)		
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり これまでの回数 (回) 初回 歳 ヶ月 最終 歳 ヶ月		
	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(発作時の対応)		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 症状： 制限：		
	病名	歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 入院		
	病名	歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 入院		
	病名	歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 入院		
薬				
その他				

災害時にお迎えに来てくれる方
*緊急連絡先以外で災害時お迎えに来る可能性がある方を記入してください（他府県でも可）

氏名(ふりがな)	続柄	緊急連絡先

