

ふりがな		愛称	性別	西暦 生年月日/歳
こどもの名前			男・女	年 月 日生 歳 カ月
通所施設 (トイロロ園児は回答不要です)	保育園 (所)		TEL :	
	幼稚園・小学校		TEL :	
かかりつけ医	クリニック・病院		TEL :	
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号	
保護者氏名				
保護者住所				
緊急連絡先 (トイロロ園児は回答不要です)	①氏名	続柄	TEL :	
	②氏名	続柄	TEL :	
アレルギーなど (当てはまる症状があれば、○をつけてください)				
①食物アレルギー (何 :) ②アトピー性皮膚炎 ③気管支喘息 ④鼻炎 ⑤じんましん ⑥その他 () 上記症状に関する配慮事項 (医師からの指示、投薬など)				
既往症 (今までにかかった病気すべてに○をつけてください)				
①突発性発疹 ②麻疹 (はしか) ③水疱 (みずぼうそう) ④風疹 (ふうしん) ⑤咽頭結膜熱 (プール熱) ⑥流行性耳下腺炎 (ムンプス、おたふくかぜ) ⑦百日咳 ⑧川崎病 ⑨異型肺炎 ⑩マイコプラズマ感染症 ⑪RS ウイルス感染症 ⑫手足口病 ⑬伝染性紅斑 (リンゴ病) ⑭熱性けいれん ⑮ヘルパンギーナ ⑯とびひ ⑰湿疹 ⑱結核 ⑲その他大きな病気やケガ (病名 : いつ頃)				
予防接種 (これまでに受けたものすべてに○をつけてください)				
① B. C. G ② MR ワクチン ③ポリオ不活性化ワクチン ④日本脳炎 ⑤肺炎球菌 ⑥流行性耳下腺炎 (ムンプス、おたふくかぜ) ⑦ Hib ⑧三種混合 ⑨ポリオ生ワクチン ⑩四種混合 ⑪水疱 (みずぼうそう) ⑫ B 型肺炎 ⑬その他 (・インフルエンザ ・ロタウイルス)				
その他、伝えておきたいこと、心配なこと				