



利 用 登 録 票 (裏)

会員NO. _____

記入日： 年 月 日

ふりがな		ふりがな		
子どもの名前	男・女	子どもの名前	男・女	
愛 称		愛 称		
生 年 月 日	西暦 年 月 日	生 年 月 日	西暦 年 月 日	
年 齢	歳 ヶ月	年 齢	歳 ヶ月	
保育施設・学校名		保育施設・学校名		
新 生 児 期	出生時の異常(有・無)	新 生 児 期	出生時の異常(有・無)	
発 育 ・ 発 達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない	発 育 ・ 発 達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない	
予 防 接 種	三種混合	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回I期追加)	三種混合	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回I期追加)
	BCG	受けていない・受けた	BCG	受けていない・受けた
	ポリオ	受けていない・受けた(1回・2回)	ポリオ	受けていない・受けた(1回・2回)
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた	はしか(麻疹)	受けていない・受けた
	風疹	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた
	水ぼうそう	受けていない・受けた	水ぼうそう	受けていない・受けた
	おたふくかぜ	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた
これまでにかかった主な感染症・病気 1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ 6.アトピー性皮膚炎 7.喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時のみ治療) 8.熱性けいれん(回数 回)(最終 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 9.その他()		これまでにかかった主な感染症・病気 1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ 6.アトピー性皮膚炎 7.喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時のみ治療) 8.熱性けいれん(回数 回)(最終 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 9.その他()		
入 院 履 歴	なし あり (病名： 歳 ヶ月) (病名： 歳 ヶ月)	なし あり (病名： 歳 ヶ月) (病名： 歳 ヶ月)		
薬	常時服用している薬 なし・あり(具体的に：)	常時服用している薬 なし・あり(具体的に：)		
病 院	かかりつけ医院	TEL	かかりつけ医院	TEL
食 事	制限なし あり(具体的に：)	制限なし あり(具体的に：)		
そ の 他	体質(アレルギー等)や配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい			