



(秘) 個人票 【松原市病児保育事業 対象外の方用】

記入日 年 月 日

フリガナ			男・女	愛称	生年月日	年 月 日	・ 3か月以内に撮影した お子様のお顔が分かる写 真（サイズは問いません） ・ お迎えに来られる可能性 のあるご家族全員の顔が分 かる写真（サイズ、枚数は 問いません） をご一緒にご持参ください
児童氏名							
自宅住所	(〒 —) TEL — —						
通園施設	通園の保育施設名						
緊急 連絡先	連絡先名①		続柄 ()	TEL	— —		
	連絡先名②		続柄 ()	TEL	— —		
	連絡先名③		続柄 ()	TEL	— —		
家族構成	氏名	続柄	年齢	勤務先名簿（兄弟姉妹の場合は学年）		備考	
成育歴	妊娠中の異常		なし・あり ()				
	出産時の異常		なし・あり ()				
	出生週数・出生体重		() 週・ () g				
	発育の状況		首のすわり () か月、おすわり () か月、つかまり立ち () か月、一人歩き () か月				
食事	栄養法	母乳・粉ミルク・混合		離乳食開始時期		() か月	
	食物アレルギー	なし・あり（卵・牛乳・小麦・大豆・その他）・わからない					
	接種時の症状						
その他	平熱	°C	かかりつけ医療機関：				
	心配なこと・配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください（例：薬物アレルギー・けいれんあり 発症日●年●月●日等）						

これまでに受けた予防接種に○をつけてください

予防接種	インフルエンザ菌b型（Hib）		1回目・2回目・3回目・追加		
	小児用肺炎球菌		1回目・2回目・3回目・追加		
	4種混合		1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	5種混合		1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	BCG	未・済	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	麻疹・風疹	1期・2期	ロタウイルス	1回目・2回目・3回目	
	水痘	1回目・2回目	おたふくかぜ	1回目・2回目・3回目	
	日本脳炎	1期（1回目・2回目・追加）2期	インフルエンザ	最近うけたのは 年 月	
	その他：				
	既往歴	突発性発疹・熱性けいれん・喘息・おたふくかぜ・水痘（水ぼうそう）・麻疹（はしか）・風疹 その他：			

※新生児は、母子手帳を見ながら記入してください