



## (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	口タウイルス	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