

年 月 日

保護者 住所
氏名

児童	ふりがな 氏名	愛称 (家庭での呼び名)	性別	生年月日
			男 女	平成・令和 年 月 日生 歳児 年生
	自宅住所	(〒 -)奥出雲町		
	自宅電話番号	() -	生活保護受給 無 ・ 有	
	幼稚園・学校名	幼稚園		小学校
かかりつけ医療機関名	無 ・ 有 ()			

家族構成	続柄	氏名	年齢	緊急連絡先	
			歳	優先順位①	氏名 続柄()
			歳		携帯番号 - -
			歳		勤務先名 勤務先電話番号()
			歳	優先順位②	氏名 続柄()
			歳		携帯番号 - -
			歳		勤務先名 勤務先電話番号()

新生児期	出産時の異常 無 ・ 有 ()	出生時体重 ()g
------	------------------	------------

予防接種	1. BCG 受けていない・受けた	2. 四種混合 受けていない・受けた(回)
	3. HIB(ヒブ) 受けていない・受けた(回)	4. 肺炎球菌 受けていない・受けた(回)
	5. MR(麻疹・風しん混合) 受けていない・受けた(回)	6. B型肝炎 受けていない・受けた(回)
	7. ロタワクチン 受けていない・受けた(回)	8. 水ぼうそう 受けていない・受けた(回)
	9. おたふくかぜ 受けていない・受けた(回)	10. 日本脳炎 受けていない・受けた(回)
	11. その他接種したもの	

※裏面もご記入ください。

