

豊川市社会福祉事務所長 殿

登 録 児 童	児 童 氏 名 (ふりがな)		性 別		生 年 月 日	
					年 月 日	
					愛 称	
	かかりつけの医師					
	医療機関名			担当医師名		
	既往歴(今までにかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください)					
	1 突発性発疹			10 川崎病【心臓合併症は あり・なし 】		
	2 麻疹 (はしか)			11 熱性けいれん		
	3 水痘 (水ぼうそう)			【初回 歳 ヲ月、最後 歳 ヲ月、これまで 回】		
	4 風しん (三日ばしか)			【座薬の指示は あり・なし】		
	5 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			12 てんかん		
	【抗体検査は あり・なし】			13 食物アレルギー		
	6 百日咳			【牛乳 卵 小麦 その他()】		
	7 B型肝炎 (キャリアーを含む)			14 薬物アレルギー		
	8 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は 毎日・不調時のみ】			【無・有()】		
9 アトピー性皮膚炎			15 その他【具体的に:			
】						
予防接種 (これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください)						
1 インフルエンザ菌b型(Hib)【1回目・2回目・3回目・追加】			7 日本脳炎【Ⅰ期 1回目・2回目・追加】			
2 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】			8 水痘 (水ぼうそう)【1回目・2回目】			
3 四種混合(DPT-IPV)【Ⅰ期 1回目・2回目・3回目・追加】			9 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)【1回目・2回目】			
4 五種混合(DPT-IPV-Hib)【Ⅰ期 1回目・2回目・3回目・追加】			10 B型肝炎【1回目・2回目・追加】			
5 BCG			11 ロタウイルス【1回目・2回目・3回目】			
6 MR(麻疹・風しん混合)【Ⅰ期・Ⅱ期】			12 その他【			
】						
入院経験 (入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください)						
1 ない						
2 ある 【 歳 ヲ月 ・病名						
】						
【 歳 ヲ月 ・病名						
】						
常時内服している薬 (常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください)						
1 ない						
2 ある【具体的に:						
】						
その他(心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください)						