

歳児 <2023年度 個人票> 提出日 年 月 日 入会 更新

<input type="checkbox"/> とことこ会員 <input type="checkbox"/> むさしの会員 (市内在住 0~5歳児) <input type="checkbox"/> 小規模保育室 <input type="checkbox"/> 定期利用保育		親子写真 (8cm×9cm くらい)  *送迎の可能性のある方のお写真もお願いします。 (おじいちゃん、おばあちゃんなど)
名前 (ふりがな) (呼び名)	保護者名 (父)	
男 女	保護者名 (母)	
生年月日 年 月 日	平熱 ℃	
住所 〒		
自宅電話番号:		
携帯電話 (どなたのものか記入) ( ) ( )	その他連絡先 ( )	

通常のかかり医名・TEL

既往症・アレルギー	心臓病・熱性痙攣等
-----------	-----------

脱臼をしたことがありますか (「肘内障」と言われたことがありますか)	(いつ) (部位) 右 ・ 左
---------------------------------------	-----------------

今までにかかった大きな病気やケガ

その他検診の際の特記などあればご記入ください

◆今までにかかったことのある病気 (年月日) をご記入ください

麻疹	風疹	水痘 (みずぼうそう)	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	百日咳	突発性発疹	
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

◆受けた予防接種をご記入ください (三種混合・四種混合に○印をつけてください)

定期予防接種							任意接種		
Hib	肺炎球菌	三・四種混合	BCG	水痘 (みずぼうそう)	ポリオ (単独)	日本脳炎	B型肝炎	ロタウイルス	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
① 年 月 日	① 年 月 日	① 年 月 日	年 月 日	① 年 月 日	① 年 月 日	① 年 月 日	① 年 月 日	① 年 月 日	① 年 月 日
② 年 月 日	② 年 月 日	② 年 月 日	MR (麻疹・風疹混合)	② 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	② 年 月 日	② 年 月 日	② 年 月 日
③ 年 月 日	③ 年 月 日	③ 年 月 日	I期 年 月 日		④ 年 月 日	追加 年 月 日	追加 ② 年 月 日	③ 年 月 日	
追加 年 月 日	追加 年 月 日	追加 年 月 日	II期 年 月 日		追加 年 月 日				

