

年 月 日

江田島市長 宛

申請者(保護者)住所

氏名

印

連絡先

(ふりがな)				男 女	生年月日 ( 歳 か 月)
児童氏名					年 月 日生
住所 (〒 - )		電話番号 ( )			
児童の世帯状況					
続柄	氏名	生年月日	性別	勤務先及び電話番号	
通園・通学先		電話			
主治医名		電話			
周産期	・妊娠中の異常(なし・あり _____ ) ・出産時体重 g ・在胎 _____ 週 ・出産時の異常(なし・あり _____ )				
乳児期の発達	・首のすわり: _____ か月 ・おすわり: _____ か月 ・一人歩き: _____ か月 ・栄養法(母乳・人工・混合) ・離乳食開始時期(前期: _____ か月 中期: _____ か月 後期: _____ か月 乳児食: _____ 歳 _____ か月) ・人見知り: _____ か月 母親の後追い: _____ 歳 _____ か月 ・初語(意味のあることば): _____ 歳 _____ か月				
予防接種	※予防接種を行った回数に○をしてください。				
	ヒブ	( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 )	B型肝炎	( 1 ・ 2 ・ 3 )	
	肺炎球菌	( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 )	水痘	( 1 ・ 2 )	
	生ポリオ	( 1 ・ 2 )	不活性ポリオ	( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 )	
	三種混合	( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 )	四種混合	( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 )	
	B C G	未 ・ 済 ( 年 月実施 )			
	MR (麻しん・風しん混合)	( 1 ・ 2 )			
	麻しん	( 1 ・ 2 )	風しん	( 1 ・ 2 )	
	日本脳炎	I期 ( 1 ・ 2 ・ 追加 ) ・ II期			
その他:					

感染症歴	麻疹： 歳 か月	風しん： 歳 か月	水痘： 歳 か月
	百日せき： 歳 か月	おたふくかぜ： 歳 か月	
	B型肝炎： 歳 か月 (キャリア ない・ある)		
	その他(具体的に)：		
これまでの主な病気・事故	熱性けいれん： なし・あり 初回 歳 か月 最後は 歳 か月(これまでに 回)		
	ぜん息： なし・あり 初回 歳 か月		
	通院した主な病気	(病名 歳 か月)	
		(病名 歳 か月)	
		(病名 歳 か月)	
(病名 歳 か月)			
入院したこと	ない・ある (病名 歳 か月)		
	(病名 歳 か月)		
	(病名 歳 か月)		
	(病名 歳 か月)		
常時内服している薬等	ぜん息： 毎日 薬を飲んでいるか ( いる・いない・発作時だけ )		
	毎日 吸入療法をしているか ( いる・いない・発作時だけ )		
その他，アトピー性皮膚炎，けいれん等で常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。(内服時間も)			
申請児童の注意事項	ア 食事制限 (アレルギー) の有無・偏食等		
	イ その他体質，癬又は障害など心配なこと。		
その他	(心配なこと，配慮してほしいこと，好きな遊び等について記入してください)		