



(裏)

既往歴 (今までにかかった病気の該当番号に○をしてください。)

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| 1 突発性発疹                     | 2 麻しん (はしか)        |
| 3 水痘 (みずぼうそう)               | 4 風しん (三日ばしか)      |
| 5 咽頭結膜熱 (プール熱)              | 6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) |
| 7 百日咳                       | 8 ヘルパンギーナ          |
| 9 肺炎                        | 10 とびひ             |
| 11 B型肝炎 (キャリアを含む。)          | 12 喘息・喘息様気管支炎      |
| 13 アトピー性皮膚炎                 |                    |
| 14 川崎病 (心臓合併症は あり なし)       |                    |
| 15 熱性けいれん (初回 歳 か月 最後 歳 か月) |                    |
| 16 てんかん                     |                    |
| 17 その他 (具体的に )              |                    |

予防接種 (今までに受けた予防接種の番号と【 】内の回数に○をしてください。)

|                                           |
|-------------------------------------------|
| 1 三種混合【 I期 1回目 2回目 3回目 追加 】               |
| 2 四種混合【 I期 1回目 2回目 3回目 追加 II期 】           |
| 3 不活化ポリオ【 初回1回目 2回目 3回目 追加 】              |
| 4 生ポリオ【 1回目 2回目 】                         |
| 5 BCG                                     |
| 6 麻しん風しん混合 (MR)【 1期 2期 】                  |
| 7 麻しん (はしか)                               |
| 8 風しん (三日ばしか)                             |
| 9 日本脳炎【 I期 1回目 2回目 追加 II期 】               |
| 10 インフルエンザ菌b型 (H i b)【 初回1回目 2回目 3回目 追加 】 |
| 11 小児肺炎球菌【 初回1回目 2回目 3回目 追加】              |
| 12 水痘 (みずぼうそう)                            |
| 13 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)                       |
| 14 インフルエンザ (直近は 年 月)                      |
| 15 その他                                    |

この児童登録票の内容を実施施設へ提供することを承諾します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

|              |                                                                 |
|--------------|-----------------------------------------------------------------|
| 世帯状況及び課税状況調査 | 私及び世帯員の当該年度市民税課税資料を、費用負担区分確認のため職員が閲覧することに同意します。(世帯員全員記入してください。) |
|              | 保護者氏名 _____ 印                                                   |
|              | 世帯員氏名 _____ 印                                                   |
|              | 世帯員氏名 _____ 印                                                   |
|              | 世帯員氏名 _____ 印                                                   |