

歳児 <令和8(2026)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"/> 日祝会員 <input type="checkbox"/> てづくり会員 <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 °C	
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・先天性疾患 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※病名記入	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※アレルギー品目記入	熱性けいれんを起こしたことがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (起きた日にちを全て記入ください)
--	---	---

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)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつ) (部位) 右 ・ 左
---------------------------------------	--

今までにかかった大きな病気やケガ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
------------------	--

発達のことで助言されたことや相談したことがあれば記入ください。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
---------------------------------	--

◆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・五種混合に○印をつけてください)

定期予防接種									任意接種
三種・四種 五種混合	肺炎球菌	BCG	ヒブ (単独)	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	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	① 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	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	I期 年 月 日	③ 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	II期 年 月 日	追加 年 月 日		追加 年 月 日				

