

# 訪問型保育調査書

受付日: 令和 年 月 日 ( ) 担当者:

ふりがな						生年月日
名 前	男 女					年 月 日 ( 歳 ヶ月)
住 所	〒 TEL FAX					
緊急 連絡先	① TEL 続柄:					
	② TEL 続柄:					
医療機関 (主治医)	病院名				病院名	
	住所				住所	
	TEL				TEL	
		日 付				今までにかかった大きな病気やケガ
定期 接種	四種混合	/	/	/	/	アレルギー
	三種混合	/	/	/	/	
	ポリオ(生)	/	/	/	/	
	BCG(生)	/	/	/	/	体質及び持病
	MR(麻疹/風疹) (生)	/	/	/	/	
	日本脳炎	/	/	/	/	
	肺炎球菌	/	/	/	/	
Hibワクチン	/	/	/	/	脱臼 (あり・なし)	
任意 接種	おたふく(生)	/	/	/	/	年 歳時
	インフルエンザ	/	/	/	/	熱性痙攣 (あり・なし)
	その他	/	/	/	/	年 歳時
性 格						生活リズム(睡眠・食事・おやつ・排泄など)
好きな遊び						
苦手なもの	(虫・暗がりなど)					
希望する 支援内容						
備 考						