

今までにかかった主な病気・予防接種の有無			
麻疹（はしか）	かかった・かかっていない	予防接種	した・していない
水痘（みずぼうそう）	かかった・かかっていない	予防接種	した・していない
おたふくかぜ	かかった・かかっていない	予防接種	した・していない
風疹（三日はしか）	かかった・かかっていない	予防接種	した・していない
その他既往歴	無・有（病名 <input type="text"/> ）		
アレルギー等	無・有（ <input type="text"/> ）		
その他特記事項	<input type="text"/>		
かかりつけの病院	内科	<input type="text"/>	
	外科	<input type="text"/>	
保険証	名称	記号	番号
血液型	型	平熱	℃
習い事など	曜日	時間	家族からの連絡事項 ・健康状態で気になること、配慮して欲しいこと ・指導員に知っておいて欲しいこと ・障害等がある場合はその概要
		時 分から	
		時 分から	
		時 分から	
放課後児童クラブから自宅までの略図を添付すること ・徒歩で自宅から小学校まで <input type="text"/> 分 ・徒歩で小学校から児童クラブまで <input type="text"/> 分 ・徒歩で児童クラブから自宅まで <input type="text"/> 分			

洗心幼稚園記入欄