

病児保育室登録票

登録番号	
------	--

年 月 日記入

ふりがな		愛称		性別		
お子さんの名前				男・女	生年月日	
					年 (月 日) 生 (歳 月)	
保育所・幼稚園・小学校名	(TEL)					
かかりつけ医	(TEL)					
保護者 (緊急連絡先)	自宅住所 (〒)					
	電話番号	— —				
	父	氏名	(歳)	勤務先		
		携帯番号			勤務先TEL	
	母	氏名	(歳)	勤務先		
		携帯番号			勤務先TEL	
	続柄 ()	氏名	(歳)	勤務先		
		携帯番号			勤務先TEL	
兄弟	名前	名前	名前	名前	年齢	
	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
予防接種	四種混合 未・済 (I期1回・2回・3回・I期追加) (三種混合 未・済 (I期1回・2回・3回・I期追加 + ポリオ)) BCG 未・済 MRワクチン 未・済 水痘(水ぼうそう) 未・済 おたふくかぜ 未・済 ヒブ・肺炎球菌 未・済 日本脳炎 未・済 ロタウイルス 未・済 B型肝炎 未・済					
既往歴	これまでにかかった主な感染症と病気(かかった病気に○を、項目に無いものは、22その他()に病名をご記入ください。) 1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水痘 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳 9 咽頭結膜熱 10 ヘルパンギーナ 11 じんましん 12 結核 13 とびひ 14 インフルエンザ 15 B型肝炎 16 C型肝炎 17 RSウイルス 18 中耳炎 19 肺炎 20 川崎病 21 副鼻腔炎 22 その他()					
周産期	・出生体重()g ・妊娠中の異常 なし・あり(具体的に) ・出生時の異常 なし・あり(具体的に)					
健康状態等	該当するものがあれば□に✓を記入してお答えください。 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (初回 歳 カ月・最後は 歳 カ月)(これまでに 回) <input type="checkbox"/> 喘息 (服薬は 毎日・発作時・薬なし)(吸入は 毎日・発作時・吸入なし) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 (治療方法は 内服薬・食事療法) <input type="checkbox"/> アレルギー体質 (具体的に) (食物: 卵・小麦・乳・えび・かに・そば・落花生・その他) (アナフィラキシー: なし・あり) アレルギーの主な症状: 痒み・じんましん・唇の腫れ・口内のイガイガ・咳・呼吸困難・嘔吐・下痢 その他()					
備考	お子さまの発達の状況や性格、生まれつきの病気や入院歴など、心配なこと、配慮が必要なことがあればご記入ください。					