

# 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 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	
	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 <u>その他</u> の( )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。				