

病児保育 事前登録

ふりがな		男 ・ 女	生年月日 年 月 日生 (歳 カ月)	お子さんの 愛称	
利用者氏名				血液型	
かかりつけ 医院		かかりつけ 医院住所			
自宅住所	〒				
保護者	氏 名	会社名・会社電話		個人携帯番号	
	保護者1(連絡の優先順位1)	☎()			
		連絡がつく E-MAIL			
	保護者2(連絡の優先順位2)	☎()			
		連絡がつく E-MAIL			
緊急連絡先	上記保護者以外にある場合				
通園(通学)施設名				電話番号	
出生時の状況	出生時、出産後何か異常はありましたか…(いいえ ・ はい) (はいの場合詳細を記入)				
既往歴	麻疹 ・ 風しん ・ おたふくかぜ ・ みずぼうそう ・ 百日咳 ・ 突発性発疹 肺炎 ・ 喘息 ・ 中耳炎 ・ 髄膜炎 ・ 川崎病 ・ アレルギー性鼻炎 ・ その他() 熱性けいれん(回数 回) 最後はいつですか(年 月 日) 座薬の指示 (有 ・ 無) 身内の方でどなたかけいれんを起こしたことがある方がいらっしゃいますか (いる ・ いない) けいれんを起こしたことのある方との関係【 父 ・ 母 ・ その他() 】				
入院歴	なし ・ あり(病名:) 経過 (完治 ・ 治療中)				
発育の様子	お子さんの発育は順調でしたか (はい ・ いいえ) (いはい と答えた方で順調でなかったことがあればお書きください)				
予防接種	これまでに受けた予防接種に ○ をつけてください。 BCG 五種混合(Hib、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ)【 I期 1回目・2回目・3回目・追加 】 四種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ)【 I期 1回目・2回目・4回目・追加 】 三種混合(百日咳、破傷風、ポリオ)【 I期 1回目・2回目・3回目・追加 】 ポリオ(生ワクチン) 【 1回目・2回目 】 ポリオ(不活化ワクチン) 【 1回目・2回目・3回目・4回目 】 MR(麻疹・風疹 混合)【 I期・II期 】 日本脳炎 【 I期 1回目・2回目 ・ II期 ・ 追加 】 麻疹 / 風疹 / 肺炎球菌 / Hib(インフルエンザ菌b型) おたふくかぜ / 水痘 / インフルエンザ (最終接種 年 月) ロタウィルス / B型肝炎 / その他()				
アレルギーの有無	有 ・ 無 ※あるの場合詳細を記入 詳細				
○内服薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか (いいえ ・ はい)					
○常用しているお薬があればお書きください。(飲み薬・塗り薬等) (薬を使用する時間帯:)					
※好きな食べ物			※嫌いな食べ物		
※入眠の仕方			※好きな遊び		
※お子さんの癖					
※伝えておきたいことなどあればお書きください。					

