

令和6年度 病児保育室 登録用紙

登録日 年 月 日

フリガナ			生年月日	年 月 日		
名前 (愛称)				歳 ヶ月		
			通園・通学 施設名	保育園(所)・幼稚園 小学校		
住所	〒 -					
電話	自宅		携帯			
メールアドレス						
かかりつけ医	無・有 医療機関名：		TEL：			
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務・通学先	勤務・通学先TEL	職業
生育歴	出生 週 g		出生時異常 無・有 ()		血液型	
発達 発育	普通		少し気になる		健診/通園施設等で指摘あり	
	療育手帳	無・有 (有の場合 診断名：)				
	受給者証	無・有 (有の場合 診断名：)				
予防接種	BCG	受けていない・受けた (回)	3種混合	受けていない・受けた (回)	4種混合	受けていない・受けた (回)
	Hib(ヒブ)	受けていない・受けた (回)	肺炎球菌	受けていない・受けた (回)	B型肝炎	受けていない・受けた (回)
	MR (風疹・麻疹混合)	受けていない・受けた (回)		水痘	受けていない・受けた (回)	
	おたふくかぜ	受けていない・受けた (回)		日本脳炎	受けていない・受けた (回)	
	ロタウイルス	受けていない・受けた (回)		ポリオ	受けていない・受けた ※経口(生ワクチン)：()回 ※注射(不活化ワクチン)：()回	
	その他接種したもの					
既往歴	突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳 川崎病 その他 ()					
	入院歴：①病名 (歳 ヶ月) ②病名 (歳 ヶ月) ③病名 (歳 ヶ月)					
	熱性けいれん 無・有 (回) 初回： 年 月 日 最後： 年 月 日 座薬の指示 無・有 (°C以上)					
	てんかん発作 無・有 (回) 初回： 年 月 日 最後： 年 月 日 座薬の指示 無・有 (°C以上)					
	先天異常 無・有 (心臓・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全・その他：)					
病名： 歳 ヶ月 継続医療機関名：						
アレルギー	食物	卵 牛乳 小麦 大豆 そば えび かに 落花生(ピーナッツ) くるみ その他 ()				
		未摂取食材： 避けて欲しい食材：				
	吸入	ダニ 花粉 () 動物 () その他 ()				
	喘息	無 継続治療中 悪化時のみ治療				
	内服薬 () 吸入薬 () 発作時 ()					
薬剤	薬剤名 () 症状 ()					
その他	特に心配なことや配慮して欲しい事などがあれば、具体的に記入してください					