

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	Hib(ヒブ)	受けていない・受けた ( 回)	4種混合	受けていない・受けた ( 回)		
	肺炎球菌	受けていない・受けた ( 回)	5種混合	受けていない・受けた ( 回)		
	B型肝炎	受けていない・受けた ( 回)	水痘	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)	おたふくかぜ	受けていない・受けた ( 回)		
	BCG	受けていない・受けた ( 回)	日本脳炎	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)	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)			
	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					