

診察カードNo.	
登録日	

## 病児・病後児保育登録票

登録No. \_\_\_\_\_

登録児童	<small>じどう しめい</small> 児童氏名	愛称	性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 ヲ月)	
	自宅住所 (〒 - )				自宅TEL		
					自宅FAX		
	通園施設名		保育園・幼稚園 電話番号				
かかりつけ医		( ) 医院・病院 ( ) DR					
緊急	緊急連絡先	①	-	-	携帯・自宅・会社(連絡先名)		
		②	-	-	携帯・自宅・会社(連絡先名)		
家族の状況	氏名(ふりがな)		生年月日	続柄	性別	勤務先(名称及びTEL)又は、幼・保・学校名	
			年 月 日		男・女		
			年 月 日		男・女		
			年 月 日		男・女		
			年 月 日		男・女		
			年 月 日		男・女		
			年 月 日		男・女		
これまでの様子	妊娠中の異常		無・有 ( )				
	出生時体重		g		出産時期 : 予定通り		日 早かった・遅かった
	出生時の異常		無・有 ( )				
	首のすわり		ヶ月	おすわり	ヶ月	一人歩き	ヶ月
予防接種	ヒブ 未・1回目・2回目・3回目・追加			BCG 未・済			
	肺炎球菌 未・1回目・2回目・3回目・追加			MR 未・1回目・2回目			
	四種混合 未・1回目・2回目・3回目・追加			流行性耳下腺炎 未・1回目・2回目			
	ロタウイルス 未・1回目・2回目・3回目			水痘 未・1回目・2回目			
	B型肝炎 未・1回目・2回目・追加			日本脳炎 未・1回目・2回目・追加・Ⅱ期			
既往歴	①突発性発疹	歳 ヶ月	②麻疹	歳 ヶ月	③水痘	歳 ヶ月	
	④風疹	歳 ヶ月	⑤百日咳	歳 ヶ月	⑥手足口病	歳 ヶ月	
	⑦流行性耳下腺炎	歳 ヶ月	⑧ヘルパンギーナ	歳 ヶ月			
	⑨喘息及び喘息様気管支炎 (現在治療中・悪化時のみ治療)			⑩肺炎		歳 ヶ月	
	⑪熱性けいれん (回数: 回) (最後: 年 月 日) (座薬の支持: 無・有)						
	⑫かかりやすい病気 (						
入院歴	無・有 病名:		歳 ヶ月	病名:		歳 ヶ月	
	病名:		歳 ヶ月	病名:		歳 ヶ月	
平熱 ( °C) 常時服用している薬 無・有 (具体的に: ) アレルギー 無・有 (具体的に: ) 薬アレルギー 無・有 (どのような薬: ) どのような症状: ) ※アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください							
配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください							