

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	生まれ	
	自宅住所 (〒 - )							
	通園施設名:				かかりつけ医:			
緊急	緊急連絡先	① - - (連絡先名)						
		② - - (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	勤務先名称 ----- 勤務先TEL			
		年 月 日		男・女	勤務先名称 ----- 勤務先TEL			
		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 在胎 週							
	出産時の異常 無・有 ( ) 栄養法 母乳・人工・混合							
	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流行性耳下腺炎 歳 ヶ月 ③水痘 歳 ヶ月							
	④治療中又は完治した病気 ( )							
	⑤喘息及び喘息様気管支炎 (現在治療中・悪化時のみ治療)							
入院暦	⑥けいれん・ひきつけ 無・有 (原因) (回数: 回) (最後: 年 月 日) (座薬の支持: 無・有)							
	無・有 病名: ( 年 月) 病名: ( 年 月) 病名: ( 年 月) 病名: ( 年 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								