

登録No.

病児・病後児保育登録票

診察カードNo.

登録日

登録児童	じどう しめい 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						
予防接種	【四種混合】 未・1回目・2回目・3回目・追加			【MR(麻しん・風疹)】 未・1回目・2回目			
	【BCG】 未・済			【水痘(水ぼうそう)】 未・1回目・2回目			
	【ヒブ】 未・1回目・2回目・3回目・追加			【日本脳炎】 未・1回目・2回目・追加・Ⅱ期			
	【肺炎球菌】 未・1回目・2回目・3回目			【おたふくかぜ】 未・1回目・2回目			
	【B型肝炎】 未・1回目・2回目・追加			【ロタウイルス】 未・1回目・2回目・3回目			
既往歴	①突発性発疹 歳 ヶ月 ②おたふくかぜ 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)						
	⑥けいれん・ひきつけ 無・有 (原因) (回数: 回) (最後: 年 月 日) (坐薬の支持: 無・有)						
入院歴	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							