

登録番号	カルテ番号	受付日	受付者
------	-------	-----	-----

※以下の太枠内をご記入ください。

ろくごうかい病児保育室 登録票

記入日： 年 月 日

登録児童	フリガナ 氏名	愛称	性別	生年月日
			男・女	年 月 日生 (歳 ヶ月)
	兄弟姉妹関係			
	第 () 子 () 人きょうだい中	きょうだいの氏名		
		男・女 (歳)	男・女 (歳)	
		男・女 (歳)	男・女 (歳)	
	自宅住所	(〒 -)		
電話番号		通園・通学施設名		
かかりつけ医	医療機関名：	担当医：	先生	
保護者	フリガナ 氏名		携帯電話番号	
	勤務・所属先		勤務先電話番号	
	e-mail			
	緊急連絡先 (優先順)	① - -	(携帯・自宅・勤務先)	連絡先名：
	② - -	(携帯・自宅・勤務先)	連絡先名：	
	③ - -	(携帯・自宅・勤務先)	連絡先名：	
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
過去の病気・感染症	出産時の異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	詳細：	
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	これまでの回数 (回)	初回 (歳 ヶ月) 最後 (歳 ヶ月)
		医師の指示：		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	詳細：	
		症状：	制限：	
		使用してはいけない食材：		
	喘息	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	治療中・悪化時のみ治療	吸入薬：
	病名 ()	詳細：	(歳 ヶ月)	入院： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	病名 ()	詳細：	(歳 ヶ月)	入院： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 (歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 麻疹 (歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 水痘 (歳 ヶ月)	
<input type="checkbox"/> 風疹 (歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 百日咳 (歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 手足口病 (歳 ヶ月)		
<input type="checkbox"/> 肺炎 (歳 ヶ月)	かかりやすい病気：			

登録番号

氏名：

記入日：

ろくごうかい病児保育室 登録票

病気や体調などで気をつけてほしいことなどがあれば具体的にお書きください。

病気・ 体調で 気にな ること	心配な事・配慮してほしい事 -----			
薬に ついて	常用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> その他		
	お薬の名前や使用のタイミング -----			
睡眠	平均睡眠時間	()時間	お昼寝	する()時間・しない
	寝る時の特徴 (添い寝・抱っこなど)			
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 介助が必要 (具体的に：)			
	好きな食べ物		嫌いな食べ物	
排泄	オムツ ・ パンツ	自立 ・ 一部介助 ・ 介助が必要 (具体的に：)		
性格				
その他	好きなモノ (おもちゃ・本・遊び・歌・動物など) -----			

ろくごうかい病児保育室へのご協力について

写真掲載について (ホームページ・資料など)						
可	・	横顔まで可	・	顔が特定されなければ可	・	不可
お楽しみ会や年間行事などのお知らせ (メール送信)						
可	・	不可				