

病児保育園ぞうさんのおうち 登録用紙

登録NO

登録日 年 月 日

フリガナ				愛称	生年月日	
名前					H 年 月 日生まれ 歳 か月	
保育園 学校名	保育園・保育所 幼稚園・小学校			入園	H 年 月	
住所	〒 -			自宅電話	- -	
				携帯電話	- -	
かかりつけ医				子ども診療所にカルテはありますか？ ある (ID ) ない		
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先名称	通学(園)先名	TEL 職種
						TEL
						TEL
課税区分	課税 ・ 市民税非課税 ・ 生活保護					
新生児期	出産 週 g 出産時の異常 なし ・ あり( )					
発育 発達	ふつうと思う ・ 少し遅れていると思う ・ わからない					
予防注射	B型肝炎	□□□		MR(麻疹風疹)1歳から	□□	
	ロタウィルス1価(経口)	□□		おたふくかぜ 1歳から	□□	
	ロタウィルス5価(経口)	□□□		水ぼうそう 1歳から	□□	
	ヒブ	□□□□		日本脳炎 3歳から	□□□□	
	小児肺炎球菌	□□□□		インフルエンザ	□□	
	BCG	□				
	四種混合(DPT+IPV) 三種混合 ポリオ	□□□□				
	三種混合( DPT ) ジフテリア+百日咳+破傷風	□□□□				
ポリオ(単独)	□□□□					
既往歴	突発性発疹( 歳) 水ぼうそう( 歳) おたふくかぜ( 歳) はしか( 歳) 風疹( 歳) 百日咳( 歳) その他( )					
入院歴	病名 : 歳 か月 病院名 病名 : 歳 か月 病院名					

裏にも記入をお願いします。

食事アレルギー	<p>ない</p> <p>ある 卵 牛乳 小麦 大豆 その他( )</p> <p>除去の程度( )</p>
熱性けいれん	<p>ない</p> <p>ある 初回 ( 歳 か月)</p> <p>最後 ( 歳 か月) 合計 回</p> <p>発熱時の対応 座薬の指示( )</p>
常時服用してる薬	<p>ない</p> <p>ある ( )</p>
登録の理由	<p>① 就労のため ②家庭の事情のため ③その他( )</p>
当病児保育園を 何で知りましたか	<p>① 掲示板 パンフレット ②病院スタッフから聞いて ③インターネットで見て</p> <p>④ 保育園で聞いて ⑤知人の紹介 ⑥他の病(後)児保育園からの紹介</p> <p>⑦市町村で聞いて ⑧その他 ( )</p>
ご心配な事や 配慮してほしいこ とがあればお書き 下さい	