登録番号

中通総合病院　病児保育利用登録票

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日　令和　　　年　　　月　　　日 | 記入者　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 登録児童 | 氏名（ふりがな） | 男女 | 愛称 | 生年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日生（　　）歳 |
| 住所　〒　　　　　　　　　　自宅電話 |
| 通園・学校名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| かかりつけ医 | 担当医　　　　　　　　　　　　　　　　先生 |
| 利用児童を除く家族の状況 | 続柄 | 氏名（ふりがな） | 緊急連絡先 |
| 父 | 携帯電話 | 勤務先名 |
| TEL　　　　　　　　　　　　内線 |
| 母 | 携帯電話 | 勤務先名　　　　　　　　　　 |
| TEL　　　　　　　　　　　　内線 |
|  | 携帯電話 | 勤務先名　　　　　　　　　　 |
| TEL　　　　　　　　　　　　内線 |
| 兄弟姉妹 |  | 　　年　　月　　日生 |  | 　　年　　月　　日生 |
|  | 　　　年　　月　　日生 |  | 　　年　　月　　日生 |
| 生育歴 | 妊娠中の異常　　なし・あり（　　　　　　　　　　　　） | 出生時体重　（　　　　　　　）g（在胎　　　週） |
| 出産時の異常　　なし・あり（　　　　　　　　　　　　） | 平　熱　　（　　　　　　　）℃ |
| 食 事 | 栄養方法　（母乳・人口・混合） | 離乳食摂取期間　　　ヵ月～　　ヵ月　（現在　初期・中期・後期） |
| 除去食　　なし・あり（　　　　　　　　　　　）　摂取時の症状（　　　　　　　　　　　　　　）・摂取未 |
| 予防接種 | 三種混合　　　　1　2　3　4 | ポリオ（生）　　1　2 | 水痘　　　　　1　2 | B型肝炎　　　1　2　3 |
| 四種混合　　　　1　2　3　4 | BCG　　　　　　　 1 | おたふくかぜ　1　2 | ロタウイルス　1　2　3 |
| Hib感染症　　　1　2　3　4 | M　R　　　 　　1　2　 | 麻しん　　　　1　2 | 風しん 　　　　1　2 |
| 小児用肺炎球菌　1　2　3　4 | 日本脳炎　1　2　3　4 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既往歴 | 突発性発疹　　　　歳 | はしか　　　歳 | 風しん　　　　　　歳 | 百日咳　　　歳 | 手足口病　　　　歳 |
| ヘルパンギーナ　　歳 | 水痘　　　　歳 | おたふくかぜ　　　歳 | 川崎病　　　歳 | 喘息　　　　　　歳 |
| （　　　　　　　　　歳）（　　　　　　　　　歳）　　　かかりやすい病気 |
| 熱性けいれん　　初回　　　　歳　　医師の指示：無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療中の病気（病名：　　　　　　　　　）常用薬など治療内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | 食物 | 無・有（内容：　　　　　　　　）（症状や制限程度など具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬 | 無・有（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 環境 | 無・有（ダニ・ハウスダスト・動物：　　　　　　　　　　その他：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | 保育上配慮してほしいこと等あれば、具体的に記入してください。 |
|  | 受付日　　年　　月　　日 |