

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		年 月 日生		年 月 日生		
姉妹		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 () °C		
食事	栄養方法 (母乳・人口・混合)		離乳食摂取期間 カ月～ カ月 (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	五種混合	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	麻疹	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