

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（ ）℃	
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	三種混合	1 2 3 4	ポリオ（生）	1 2	水痘	1 2
	四種混合	1 2 3 4	BCG	1	おたふくかぜ	1 2
	Hib 感染症	1 2 3 4	M R	1 2	麻疹	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
	ヘルパンギーナ	歳	水痘	歳	おたふくかぜ	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	