

病児デイケア室登録票

熱性けいれん	
アレルギー	

平成 年 月 日記入

記入者名 _____

ふりがな 氏名		男 女	生年月日 平成 年 月 日生 歳 月 出生体重 _____ g
保 護 者	父・氏名 (歳)		お子さんの愛称 保育料のランク
	母・氏名 (歳)		
	自宅住所 (〒 -)		
	自宅電話 - -		
主な送迎者			
きょうだい	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
職 業	父		母
緊 急 連 絡 先	父	1. 電話 勤務先名	
		2. 携帯 勤務時間	
	母	1. 電話 勤務先名	
		2. 携帯 勤務時間	
	その他の連絡先		
	保育所名	電話 - -	
家庭医名	電話 - -		
予 防 接 種	・BCG ・ポリオ (1 2 3 追加)		
	・四種混合 (1 2 3 追加)		
	・三種混合 (1 2 3 追加)		
	・ロタ (1 2) ・MR (1 2)		
	・肺炎球菌 (1 2 3 追加)		
	・ヒブ (1 2 3 追加)		
	・日本脳炎 (1 2 追加) ・水痘		
	・B型肝炎 (1 2 追加) ・おたふく		
	・その他 ()		
	感 染 症 歴	・麻疹 ・水痘 ・百日咳 ・おたふく ・風疹 ・突発性発疹 ・B型肝炎 (キャリアーでない ・ である)	

こ れ ま で の 病 気	熱性けいれん	ない・ある	初回 歳 カ月 ・ 最後は 歳 カ月 (これまでに 回)				
	アレルギー	ない・ある	※ある場合、下記のあてはまるところを○でかこんでください。				
		喘息 または 気管支炎	毎日薬を	・飲んでる	・飲んでいない	・発作時だけ	
			毎日吸入療法を	・している	・していない	・発作時だけ	
		アトピー	治療は	・内服薬	・食事療法	・外用薬	
食物アレルギー	※別紙参照						
	その他の病気 (具体的に)						
	入院したこと	ない・ある	(病名	歳	カ月)		
			(病名	歳	カ月)		
			(病名	歳	カ月)		
			(病名	歳	カ月)		
	入所中、必要があれば検査を行ってもよいですか？ (血液、尿、レントゲン) はい・いいえ						
	上記の病気に関して常時内服している薬、食事療法、制限等があれば具体的にお書きください。						
寝 る 時 の く せ		好きな食物					
		嫌いな食物					
		好きな遊び					
		おもちゃ					
その他、気になること、配慮してほしいことなどがあればお書きください。							