

病児・病後児保育 登録票

医療法人社団 秋月会 中央通り保育所

記入日 R 年 月 日

お名前		性別 男・女	生年月日 H・R 年 月 日	年齢 歳 ヶ月	平熱 ℃
ご家庭での呼び方	住所				
第①連絡先	氏名 続柄		第②連絡先	氏名 続柄	
	携帯番号			携帯番号	
	勤務先名			勤務先名	
	勤務先電話番号			勤務先電話番号	
幼稚園 保育園 小学校	通っている・通っていない 園又は学校名【 】		かかりつけ医		
兄弟・姉妹	歳（男・女）	歳（男・女）	歳（男・女）	歳（男・女）	
予防接種	※接種済みのワクチンを○で囲んでください ● ヒブ ● 肺炎球菌 ● B型肝炎 ● 四種混合：1期1回 1期2回 1期3回 追加 ● BCG ● 麻疹・風疹（MR）：1期 2期 ● 水痘 ● 日本脳炎 ● ロタ ● おたふくかぜ				
病歴	※これまでにかった主な感染症や病気を○で囲んでください ● 突発性発疹 ● 麻疹（はしか） ● 風疹 ● 水痘 ● おたふくかぜ ● 百日咳 ● B型肝炎 ● アトピー性皮膚炎 ● 喘息及び喘息様気管支炎（継続治療中・悪化時治療中のみ） ● 脱臼→部位（ ）回数（ 回） ● 熱性けいれん：初回 歳 ヶ月 最後は 歳 ヶ月 《計 回》 ● その他の病気（具体的に）				
入院歴	なし ・ あり：病名【 】 歳 ヶ月		なし ・ あり：病名【 】 歳 ヶ月		
常時内服している薬	ない ある（具体的に）				
食事	食物アレルギー： なし あり 除去食品（ ）				
その他	体質やくせ、配慮してほしい点や心配な点がありましたら具体的にお書きください。				
	好きな遊びやキャラクターなど				