

病児・病後児保育室【やわら】登録票

登録番号()

登録日 令和 年 月 日

ふりがな				生年月日	令和・平成 年 月 日生		
氏名	男女						
ふりがな				住所 印	〒 -		
保護者氏名					電話	自宅(- - -) 携帯(- - -)	
緊急連絡先	1. (氏名) 続柄()電話(- - -)						
	2. (氏名) 続柄()電話(- - -)						
同居家族(本人を除く)	氏名	続柄	生年月日		勤務・通学先名		電話番号
							- -
							- -
							- -
							- -
							- -
							- -
							- -
かかりつけ医	電話(- - -)			保育所 幼稚園 学校名	電話(- - -)		
周産期	妊娠中の異常:なし・あり() 出生時体重(g)出生時身長(cm) 在胎(週 日) 出産時の異常:なし・あり()						
	首のすわり: ケ月 寝返り: ケ月 おすわり: ケ月 はいはい: ケ月 人歩き: ケ月 栄養方法(母乳・人工・混合) 離乳食(よく食べた・普通・少食) 初語(意味のある言葉): 歳 ケ月						
性格・体質・好きな遊び・好きな食べ物・苦手な食べ物・その他伝えておきたいことがありましたらお書き下さい。							
くせや体質などで心配なこと、配慮して欲しいことなどがありましたらお書きください。							

予防接種(接種したものに○をつけてください)	五種混合	1回目	2回目	3回目	追加
	小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	BCG	1回目			
	ロタウィルス	1回目	2回目	3回目	
	MR(麻疹・風疹)	1回目	2回目		
	水痘 (みずぼうそう)	1回目	2回目		
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	1回目	2回目		
	日本脳炎	1回目	2回目	追加	
		今までかかったことのある病気・けがに○を付け、カッコに病名をお書きください。			
既往歴	・麻疹	・風疹	・水痘	・流行性耳下腺炎	・百日咳
	・突発性発疹	・川崎病	・てんかん		
	・心臓疾患 ()	・腎臓疾患 ()			
	・肝臓疾患 ()	・血液疾患 ()			
	・消化器疾患 ()				
	・脱臼(部位)	・骨折(部位)			
	・その他()				
入院歴	入院したことがありますか？(ない・ある) ある場合は病名・時期などを具体的にお書き下さい。 ・ ・ ・				
	○アレルギー性疾患はありますか？(ない・ある) 喘息…薬の内服(発作時のみ・毎日内服中・なし) 貼り薬(発作時のみ・毎日貼用・なし) 吸入(発作時のみ・毎日使用中・なし) アトピー性皮膚炎…外用薬(症状がある時のみ・毎日塗布・なし) アレルギー性鼻炎・結膜炎…薬(症状がある時のみ使用・毎日使用中・なし)				
	○薬・食物アレルギーはありますか？(ない・ある) ある場合は具体的にお書き下さい。 ()				
けいれん疾患	今までけいれんを起こしたことがありますか？(ない・ある) ある場合、次ぎの質問にお答え下さい。 ・初めてのけいれん(歳 ケ月) ・最後のけいれん(歳 ケ月)・合計(回) ・家族の方のけいれんの既往 有・無 ・予防薬の使用 有()・無 ・けいれん時の対処方法()				