

みかわこども園病児保育室登録票

登録日 年 月 日

登録申請者

児童氏名	(ふりがな)	性別	第 子	生年月日	年 月 日
住所	〒 -			保育所等 小学校名	
かかりつけ医		電話番号:			
家族の状況	氏名 (携帯電話番号)	年齢	勤務先等名 (電話番号)		
	(父) ( - - )		( - - )		
	(母) ( - - )		( - - )		
	兄弟姉妹	続柄( ) 年 月 日生	続柄( ) 年 月 日生		
その他の同居者名	続柄( ) 年 月 日生	続柄( ) 年 月 日生			
周産期	妊娠中の異常	なし・あり→ ( )	出産	予定どおり・早産 ( 週)	体重 g
	出産時の異常	なし・あり→ ( )			
乳児期の発達	首のすわり ( か月)	おすわり ( か月)	一人歩き ( か月)		
	栄養法 (母乳・混合・人工)				
発育・発達	普通・少し遅れていると思う・わからない				
予防接種 (受けたものに○)	BCG	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	
	四種混合	受けていない・受けた	( I期1回・2回・3回・追加)		
	麻しん・風しん	受けていない・受けた	( I期・II期)		
	日本脳炎	受けていない・受けた	( I期1回・2回・追加・II期)		
	水痘	受けていない・受けた	( 1回・2回)		
	Hib	受けていない・受けた	( 1回・2回・3回・追加)		
	肺炎球菌	受けていない・受けた	( 1回・2回・3回・追加)		
	B型肝炎	受けていない・受けた	( 1回・2回・3回)		
	その他				
既往歴 (今までにかかった病気の番号及び [ ] 内の事項について該当があれば○印又は必要事項を記入)					
1	突発性発疹			熱性けいれん [最近 月 日・これまで 回]	
2	麻しん(はしか)	10		【座薬等の指示:有( )・無】	
3	水痘(水ぼうそう)			家族の熱性けいれんの既往【有 続柄( )・無】	
4	風しん(三日ばしか)	11		てんかん [薬等の指示 有・無] 家族のてんかんの既往【有(続柄 )・無】	
5	おたふくかぜ			食物アレルギー	
6	[ABC] 肝炎(キャリア含)		12	[牛乳 卵 肉 落花生 豆類 小麦 米 他( )]	
7	喘息・喘息様気管支炎 [薬の服用は 毎日・不調時に]			※原材料に使われていないが、同じ製造ラインで使用された食品 ( )	
8	アトピー性皮膚炎		13	その他	
9	川崎病 [心臓合併症 有・無]			[具体的に: ]	
常時内服薬	病名 ( )	内服薬 ( )	処方病院名 ( )		
入院歴	病名 ( )	年齢 ( 歳)	病院名 ( )		
	病名 ( )	年齢 ( 歳)	病院名 ( )		