

病児・病後保育登録票

			カルテNO.	
			登録日	
ふりがな 児童氏名	(愛称)	性別 男・女	生年月日	年 月 日生 (歳 カ月)
自宅住所	〒	—	携帯電話	
			自宅TEL	
			自宅FAX	
通園施設名	保育園・幼稚園・小学校			
かかりつけ医	医院・病院 ()先生			
緊急連絡先 必ず2つお書きください	①	-	-	携帯・自宅・会社(連絡先名)
	②	-	-	携帯・自宅・会社(連絡先名)
ご家族のお名前(ふりがな)	生年月日	続柄	性別	勤務先 または幼・保・学校名 (勤務先の場合はTEL番号)
	年 月 日		男・女	☎
	年 月 日		男・女	☎
	年 月 日		男・女	☎
	年 月 日		男・女	☎
	年 月 日		男・女	☎
	年 月 日		男・女	☎

(これまでの様子)

出生時の異常 無・有()

出生時体重 g

栄養法 母乳・人口乳・混合

首すわり カ月・おすわり カ月・一人歩き カ月

(予防接種状況)	
ヒブ 未・1回目・2回目・3回目・追加	BCG 未・済
肺炎球菌 未・1回目・2回目・3回目・追加	MR 未・1回目・2回目
四種混合 未・1回目・2回目・3回目・追加	流行性耳下腺炎 未・1回目・2回目
ロタウイルス 未・1回目・2回目・3回目・追加	水痘 未・1回目・2回目
B型肝炎 未・1回目・2回目・3回目・追加	日本脳炎 未・1回目・2回目・追加・Ⅱ期

(既往歴 ○をつけてください)

麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎(おたふく)・百日咳・突発性発疹

肺炎(歳 カ月)・熱性けいれん(歳 カ月)

喘息および喘息様気管支炎(治療中・悪化時のみ治療)

(入院歴)

無・有 病名: (歳 カ月) 病名: (歳 カ月)

病名: (歳 カ月) 病名: (歳 カ月)

平熱 °C

アレルギー 無・有 (何でもどのようなになるか具体的に:)

※アレルギーで制限しているもの()

その他 何か伝えたいことがあればご記入ください

写真掲載について(ホームページや資料等)

可(横顔まで・顔が特定されない程度) ・ 不可