

宝塚いろのま園 病児保育室会員登録書

記入日 20 年 月 日

申請者名

登録番号

| | | | | | | |
|----------------|---|------------------|--------------|----------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| 登録児童 | ふりがな 児童氏名 | | 愛称 | | 性別 | 生年月日 |
| | | | | | 男・女 | 20 年 月 日 (登録時: 歳 ヶ月) |
| | 自宅住所 (〒 -) | | | | | |
| | 自宅電話番号: | | | | | |
| | 通園施設名 | | | | | |
| | かかりつけ医 無・有 () | | | | | |
| 家族構成 (同居) | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 保護者連絡先 | | |
| | | | 歳 | 保護者続柄 () | 勤務先名: 職種: | |
| | | | 歳 | | 携帯電話: | |
| | | | 歳 | 保護者続柄 () | 勤務先名: 職種: | |
| | | | 歳 | | 携帯電話: | |
| | | | 歳 | メールアドレス (携帯) | | |
| | | 歳 | 緊急連絡先 | 父・母 (その他: 電話番号:) | | |
| 新生児期 | | 出生児の異常 無・有 () | | 発育・発達 | ふつう・健診や通園施設で指摘あり | |
| 予防接種 | 1.BCG | 受けていない・受けた | 2.三種混合 | 受けていない・受けた () 回 | 3.四種混合 | 受けていない・受けた () 回 |
| | 4.Hib(ヒブ) | 受けていない・受けた () 回 | 5.肺炎球菌 | 受けていない・受けた () 回 | | |
| | 6.MR (麻疹・風疹混合) | 受けていない・受けた () 回 | 7.B型肝炎 | 受けていない・受けた () 回 | | |
| | 8.ロタ | 受けていない・受けた () 回 | 9.ポリオ | 受けていない・受けた | ※経口(生ワクチン):()回 ※注射(不活化ワクチン):()回 | |
| | 10.水ぼうそう | 受けていない・受けた () 回 | 11.おたふくかぜ | 受けていない・受けた () 回 | | |
| | 12.日本脳炎 | 受けていない・受けた () 回 | 13.その他接種したもの | () | | |
| 罹った病気 | 1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 食物アレルギー () 7. 熱性けいれん(今までに 回程度)(最後になった日 年 月 日)(座薬指示有 °C以上・無) 8. アトピー性皮膚炎 9. 喘息・喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ)(吸入したこと 有・無) 10. その他() | | | | | |
| 入院歴 | なし・あり | 病名: | 時期: | 歳 ヶ月 | 病名: | 時期: 歳 ヶ月 |
| | | 病名: | 時期: | 歳 ヶ月 | 病名: | 時期: 歳 ヶ月 |
| 常時内服している薬 | なし・あり | (内服薬の名前・回数) | | | | |
| 常時内服している軟膏/吸入薬 | なし・あり | (軟膏/吸入薬の名前・回数) | | | | |
| 除去食 | なし・あり (具体的に:) | | | | | |
| その他 | 体質(薬物アレルギー等)やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。 | | | | | |