病児保育室登録票

年　月　日記入

登録番号	

ふりがな		愛称		性別	生年月日
お子さんの名前				男・女	年　月　日生 （　歳　ヶ月）
保育所・幼稚園・小学校名				（TEL　　）	
かかりつけ医				（TEL　　）	

保護者（緊急連絡先）	自宅住所	（〒　-　）			
	電話番号	—　—			
	父	氏名	（　歳）	勤務先	
		携帯番号		勤務先 TEL	
	母	氏名	（　歳）	勤務先	
		携帯番号		勤務先 TEL	
	続柄（　）	氏名	（　歳）	勤務先	
		携帯番号		勤務先 TEL	

兄弟	名前　歳（男・女）	名前　歳（男・女）	名前　歳（男・女）	名前　歳（男・女）

予防接種				
	五種混合	未・済（Ⅰ期 1 回・2 回・3 回・Ⅰ期追加）		
	四種混合	未・済（Ⅰ期 1 回・2 回・3 回・Ⅰ期追加）		
	BCG	未・済	MR ワクチン	未・済
	水痘(水ほうそう)	未・済	おたふくかぜ	未・済
	肺炎球菌	未・済	日本脳炎	未・済
	ロタウイルス	未・済	B 型肝炎	未・済

既往歴

これまでにかかった主な感染症と病気（かかった病気に〇を、項目に無いものは、22 その他の（ ）に病名をご記入ください。）

1 突発性発疹　2 はしか　3 風疹　4 水痘　5 おたふくかぜ
6 手足口病　7 りんご病　8 百日咳　9 咽頭結膜熱　10 ヘルパンギーナ
11 じんましん　12 結核　13 とびひ　14 インフルエンザ　15 B 型肝炎
16 C 型肝炎　17 RS ウイルス　18 中耳炎　19 肺炎　20 川崎病
21 副鼻腔炎　22 その他（　　）

周産期

・出生体重（　　）g
・妊娠中の異常　なし・あり（具体的に　　）
・出生時の異常　なし・あり（具体的に　　）

健康状態等

該当するものがあれば□に✓を記入してお答えください。

□ 熱性けいれん　（初回　歳　カ月・最後は　歳　カ月）（これまでに　回）
□ 喘息　（服薬は 毎日 ・ 発作時 ・ 薬なし）（吸入は 毎日 ・ 発作時 ・ 吸入なし）
□ アトピー性皮膚炎　（治療方法は　内服薬 ・ 食事療法 ）
□ アレルギー体質　（具体的に　　）
（食物：卵・小麦・乳・えび・かに・そば・落花生・その他　　）
（アナフィラキシー：なし ・ あり）
アレルギーの主な症状：痒み・じんましん・唇の腫れ・口内のイガイガ・咳・呼吸困難・嘔吐・下痢
その他（　　）

備考

お子さまの発達の状況や性格、生まれつきの病気や入院歴など、心配なこと、配慮が必要なことがあればご記入ください。