

病児保育すまいるーむ 登録用紙



ID:

登録

年

月

日

フリガナ			生年月日	年	月	日
お名前	男・女		年齢	歳	か月	
			かかりつけ医	病院名:		
住所	〒					TEL ()
メールアドレス						
緊急連絡先	①	(続柄:)	通園施設	保育園(所)		
	②	(続柄:)		幼稚園		
	③	(続柄:)		小学校		
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先・通学先名	勤務先TEL	職種
課税区分	課税・市民税非課税・生活保護・その他 / 門真市外在住					
生育歴	出生	週	g	血液型	妊娠中・出生時の異常	なし・あり
	首のすわり:	か月	おすわり:	か月	一人歩き:	か月
発達・発育	ふつうと思う		少し気になる	わからない		
アレルギー	食物	なし・あり: 卵 乳 大豆 小麦 その他 ()				
	その他	吸入系: ダニ・花粉・動物・その他 () 薬剤 ()				
予防接種	接種済のものに○をつけてください。 ロタ・B型肝炎・ヒブ・小児肺炎球菌・四種混合・BCG・MR・日本脳炎・水痘・おたふく					
該当する物に○をつけてください。						
既往歴	先天性異常・心臓・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全・その他 ()					
	病名:	発症: 歳 か月				
	通院中の医療機関名:					
	常時内服している薬:					
入院歴	突発性発疹・水痘・はしか・おたふくかぜ・風しん・百日咳・川崎病・喘息・アトピー性皮膚炎					
	病名:	(歳 ヶ月)		病院名:		
けいれん	既往: なし・あり (熱性痙攣・無熱性けいれん)					
	初回:	歳	か月/最終:	歳	か月	合計 (回)
	ダイアップの所持: なし・あり → () °C以上で使用。2回目の指示 ()					
その他	てんかんの診断: なし・あり					
	性格・体質など心配なこと配慮してほしいことがあればお書き下さい。					