

すまいるーむ病児保育 登録用紙

登録No :

登録 年 月 日

フリガナ			生年月日	年	月	日
お名前	男・女		年	月	日	
愛称	()		かかりつけ医			
住所	〒 -					
電話番号				携帯番号		
緊急連絡先	①	(続柄:)		保育園	保育園(所)	
	②	(続柄:)		幼稚園	幼稚園	
	③	(続柄:)		小学校	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・課税ひとり親・所得税非課税・所得税非課税ひとり親・市民税非課税・生活保護					
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	
	栄養法 (母乳・人工・混合)			離乳食開始時期 年月		
	現在の体重: kg		身長: cm			
発達・発育	ふつうと思う		少し気になる		わからない	
食事	() ミルクのみ 1回量 () cc × () 時間毎					
	() 離乳食 () 回/日 (初期・中期・後期) (ドロドロ・きざみ)					
	食材 (豆腐・白身魚・鶏肉・牛豚肉・卵) 食後ミルク CC					
アレルギー	() 幼児食・普通食					
	食物 なし・あり (卵・乳・小麦・大豆・えび・かに・その他:)					
	除去食: 不要・要 除去食の程度 (完全除去・現物除去・その他)					
	吸入系 ダニ・花粉・動物 その他					
薬剤			薬剤名:			症状:

<p>予防接種</p>	<p>接種済のものに○をつけてください。 ロタ：（ 1回 ・ 2回 ・ 3回） B型肝炎：（ 1回 ・ 2回 ・ 3回） ヒブ：（ 1回 ・ 2回 ・ 3回） 小児肺炎球菌：（ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回） ロタ：（ 1回 ・ 2回 ・ 7回） 3種混合：Ⅰ期（1回・2回・3回）Ⅰ期追加（ ） 4種混合（3種混合+ポリオ Ⅰ期（1回・2回・3回）Ⅰ期追加（ ） ポリオ：（1回・2回・3回・4回） BCG：（ ）MR（麻疹・風疹）：（1回・2回） 日本脳炎：（1回・2回）Ⅰ期追加（ ）Ⅱ期（ ） インフルエンザ（1回目 年 月 ）（2回目 年 月 ）</p>
<p>既往歴</p>	<p>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： 熱性けいれん：初回 歳 か月（ °C）最後は 歳 これまでに（ 回） 発熱時の対応（ ） けいれん時の対応（ ） てんかんの診断 あり・なし 喘息様気管支炎：なし・あり（内服薬・吸入） アトピー性皮膚炎：なし・あり（内服薬・塗り薬・除去食） 突発性発疹： 歳 水痘： 歳 はしか： 歳 おたふくかぜ： 歳 風しん： 歳 百日咳： 歳 手足口病： 歳 川崎病： 歳 その他（ ） 内服中の薬剤 なし・あり（薬剤名： 服用回数： ）</p>
<p>入院歴</p>	<p>なし・あり 病名：（ 歳） 病院名： 期間（ ） 病名：（ 歳） 病院名： 期間（ ）</p>
<p>その他</p>	<p>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。</p>