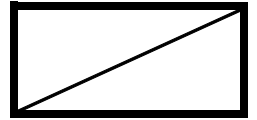


病児保育室「はっぴい」登録票



登録No. _____

ID. _____

記入年月日

(記入者名 _____)

| ふりがな 児童名 | | 性別 | 生年月日 年 月 日生 (歳 ヶ月) | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------|--|
| お子さんの 呼び名 | | | 普段通っている施設名 (幼・保・学校名など) | | | | | |
| 自宅住所 〒 | | | | | 自宅 電話 | | | |
| 保護者 | 氏 名 | 年齢 | 勤 務 先 | | 職 種 | 勤務先電話 | 緊急連絡先 | |
| | 父 | 歳 | | | | | | |
| | 母 | 歳 | | | | | | |
| 兄弟 姉妹 | 名前・性別 | 男・女 | | 男・女 | | 男・女 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) | | |
| かかりつけ 病 院 | | | かかりつけ 薬 局 | | | | | |
| 食 物 <input type="checkbox"/> なし アレルギー <input type="checkbox"/> あり | | 除去食品 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | (<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 米) <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| 熱性けいれん 既 往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | (最終の 歳 ヶ月 , これまでに 回位) けいれん | | | | | | |
| 生育 歴 | ・妊娠中および出生時に何か異常はありましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | | | | | | |
| | ・発達面で経過観察していることがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | | | | | | |
| 出生時体重 _____ g | | | | | | | | |
| 予防接種歴 | 接種年月日 | 予防接種歴 | 接種年月日 | 予防接種歴 | 接種年月日 | インフルエンザワクチン接種 | | |
| 三 四 種 種 混 合 | 1回目 | BCG | | 二 種 混 合 | | 今シーズン | ① | |
| | 2回目 | | | | | | ② | |
| | 3回目 | | ポリオ (生) (不活 化) | 1回目 | これまでにかかった病気 | | | |
| | 追 加 | | 3回目 | 追 加 | 麻疹 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月) | | |
| ヒ ブ | 1回目 | 麻疹 | 1 期 | おたふく | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月) | | | |
| | 2回目 | 風疹 | 2 期 | 水ぼうそう(水痘) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月) | | | |
| | 3回目 | 水痘 | 1回目 | 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月) | | | |
| | 追 加 | | 2回目 | その他の病歴・入院歴など | | | | |
| 肺 炎 球 菌 | 1回目 | おたふ くかぜ | 1回目 | 例) 急性気管支炎で●●病院に入院 (2 歳 3 ヶ月) | | | | |
| | 2回目 | | 2回目 | (歳 ヶ月) | | | | |
| | 3回目 | B型 肝炎 | 1回目 | (歳 ヶ月) | | | | |
| | 追 加 | | 2回目 | (歳 ヶ月) | | | | |
| 日 本 脳 炎 | 1回目 | ロ タ ウ イ ル ス | 3回目 | (歳 ヶ月) | | | | |
| | 2回目 | | 1回目 | 備 考 | | | | |
| | 追 加 | | 2回目 | | | | | |
| 日本脳炎2期 | | | 3回目 | | | | | |

2016.04

- * 登録票に記入された個人情報は、病児保育以外で使用することはありません。
- * 気になることやくせなど、配慮して欲しいことがあればお書きください。(裏面もお使いください)
- * 以前処方された薬で発疹が出た等の合わない薬があった場合は、看護師にお知らせください。

独立行政法人 地域医療機能推進機構
秋田病院 病児保育室『はっぴい』