

病児保育室「はっぴい」登録票

4~8月

9~3月

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 生年月日	男・女	男・女	男・女	男・女	
	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	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 <input type="checkbox"/> 歳 ヶ月 , これまでに <input type="checkbox"/> 回位)				
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 ()					
予防接種歴	接種年月日	予防接種歴	接種年月日	これまでにかかった病気		
ヒブ	1回目	麻疹 風疹	1 期	麻疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月)	
	2回目		2 期	風疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月)	
	3回目	水痘	1回目	おたふく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月)	
	追 加		2回目	水ぼうそう(水痘)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月)	
肺炎 球菌	1回目	日本 脳炎	1回目	突発性発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月)	
	2回目		2回目	その他の病歴・入院歴など		
	3回目		追 加	例) 急性気管支炎で●●病院に入院 (2 歳 3 ヶ月)		
	追 加			(歳 ヶ月)		
B型 肝炎	1回目	ロタ ウイルス	1回目		(歳 ヶ月)	
	2回目		2回目		(歳 ヶ月)	
	3回目		3回目		(歳 ヶ月)	
四種 混合	1回目	おたふ くかぜ	1回目	備 考		
	2回目		2回目			
	3回目	今シーズンのインフルエンザワクチン接種 (秋より) ① / ② /				
	追 加	その他				
BCG						

2021.1

- * 登録票に記入された個人情報、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』