

病児保育室はっぴい 登録票

4~8月

9~3月

登録No. _____ ID. _____ (記入日 / 記入者 _____)

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		
	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				
食物アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <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 けいれん		いつ? 歳 ヶ月 ・ これまでに 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			
五種 ・ 四種 混合	1回目	/ /	ヒブ	1回目	/ /	麻疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月)
	2回目	/ /		2回目	/ /	風疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月)
	3回目	/ /		3回目	/ /	おたふく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月)
	追加	/ /		追加	/ /	水ぼうそう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月)
肺炎 球菌	1回目	/ /	麻疹 風疹	1期	/ /	突発性発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 ヶ月)
	2回目	/ /		2期	/ /	その他の病歴 ・ 入院歴など	
	3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)	
	追加	/ /		2回目	/ /	(歳 ヶ月)	
ロタ ウイルス	1回目	/ /	日本 脳炎	1回目	/ /	(歳 ヶ月)	
	2回目	/ /		2回目	/ /	(歳 ヶ月)	
	3回目	/ /		追加	/ /	(歳 ヶ月)	
B型 肝炎	1回目	/ /	インフル エンザ	1回目	/ /	備考	
	2回目	/ /		2回目	/ /		
	3回目	/ /					
BCG		/ /	その他のワクチン				
水痘	1回目	/ /					
	2回目	/ /					

2025.01

- * 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。
- * 気になることや問合せなど、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。