

彩りの杜 病児・病後児保育室事前登録票

登録番号

記入日 20 年 月 日

児童	ふりがな		愛称	性別	生年月日	
	氏名			男・女	20 年 月 日	( 歳 ヶ月)
	住所	〒				
	電話		学校園名			
	かかりつけ医		平熱	. °C		
家族構成	続柄	氏名	生年月日	勤務先 (学校・園名)	連絡先①	連絡先②
		(ふりがな)				
		(ふりがな)				
		(ふりがな)				
		(ふりがな)				
		(ふりがな)				
		(ふりがな)				
LINE	日中のお子様の様子を写真でお伝えします。また、キャンセルの際にもご利用いただけます。					
	アカウント名：			続柄：		
その他	<p>体質やクセ、心配なことや配慮してほしいことについてお書きください。</p>					

予防接種	Hib (ヒブ)	未・1・2・3・4	かかった病気	突発性発疹	年 月( 歳 カ月)
	小児用肺炎球菌	未・1・2・3・4		はしか	年 月( 歳 カ月)
	B型肝炎	未・1・2・3		風疹	年 月( 歳 カ月)
	四種混合	未・1・2・3・4		水ぼうそう	年 月( 歳 カ月)
	BCG	未・1		おたふくかぜ	年 月( 歳 カ月)
	MR (麻疹・風疹)	未・1・2		喘息	年 月 ( 歳 カ月) 薬の服用 なし・不調時・毎日
	水ぼうそう	未・1・2		中耳炎	年 月( 歳 カ月)
	日本脳炎	未・1・2・3		じんましん	年 月( 歳 カ月)
	ロタウイルス	未・1・2・3		アトピー性皮膚炎	薬処方：なし・あり
	おたふくかぜ	未・1・2		関節がはずれやすい	回数： 回 部位： ( 歳 カ月) 部位： ( 歳 カ月) 最後： 年 月
	その他				熱性けいれん
入院	病名	: 歳 カ月	発熱時抗痙攣薬指示：なし・あり 薬剤名：		
	病名	: 歳 カ月	その他		
	病名	: 歳 カ月			
アレルギー	食物	なし・あり：食物名			
	薬物	なし・あり：薬品名			
	環境	なし・あり：ダニ・ハウスダスト 動物 ( ) その他 ( )			
服用薬	なし・あり：				
	薬剤名	回/1日			
	薬剤名	回/1日			
	薬剤名	回/1日			

備考欄
-----