

病児・病後児保育室 ノア 利用登録票

年 月 日 登録

登録児童	ふりがな		愛称	性別	生年月日
	氏名			男・女	平成 令和 年 月 日
	住所	(〒 -)			TEL
	かかりつけ医療機関	() クリニック・医院・診療所・病院			
	通園施設名	() 認定こども園 保育園(所) ・ 幼稚園 ・ 小学校			
家族の状況	父 (歳)	携帯			勤務先名 TEL
	母 (歳)	携帯			勤務先名 TEL
	児童の兄弟姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
	緊急時の連絡先	TEL	(氏名 続柄)		
発育・発達		(ふつう ・ 少し遅れていると思う ・ わからない)			
予防接種	ヒブ	受けた (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)			
	肺炎球菌	受けた (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)			
	三種(四種)混合	受けた (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)			
	BCG	受けた	ポリオ	受けた (生ワク ・ 不活化)	
	MR混合(はしか・風疹)	受けた (1期 ・ 2期) ・ かかった (はしか ・ 風疹)			
	日本脳炎	受けた (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)			
	水ぼうそう	受けた(回)・かかった	おたふくかぜ	受けた(回)・かかった	
	ロタウィルス	受けた(回)	B型肝炎	受けた(回)	
これまでにかかった主な病気	1 突発性発疹 2 熱性けいれん(最後はいつ 年 月 日) 3 アトピー性皮膚炎 4 喘息 5 その他()				
入院したこと	ない・ある (病名:)				
常時使用している薬	内服・外用・坐薬・吸入・貼薬・塗り薬・目薬・その他 ()				
アレルギー	ない・ある (具体的に:)				
その他	心配なこと、配慮してほしいこと(体質やくせなど)についてご記入ください				

※記入しないで下さい インフルエンザ予防接種日 年 月 日 回 ・ 未

その他・予防接種確認日 年 月 日