

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)				
	四種混合 (ヒブなし)	受けた (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)				
	五種混合 (ヒブあり)	受けた (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)				
	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)		BCG	受けた	
	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 ブログ