

# アリス病児保育室 登録用紙

登録 NO. \_\_\_\_\_

登録日 H \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

フリガナ				愛称	生年月日		
お名前	男 女				H ____ 年 ____ 月 ____ 日	生まれ 歳 ____ 月 ____ 日	
保育所 学校名	保育所・保育園 幼稚園・小学校			入園 H ____ 年 ____ 月			
住所	〒 ____ - ____ - ____			自宅電話	____ - ____ - ____		
				携帯電話	____ - ____ - ____		
メールアドレス							
かかりつけ医				中野こども病院にカルテはありますか? ある・ない			
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先名称・通学(園)先名・TEL			職種
				TEL ____ - ____ - ____			
				TEL ____ - ____ - ____			
課税区分	課税 ・ 所得税非課税 ・ 市民税非課税 ・ 生活保護 / または市外在住						
新生児期	・出生 ____ 週 ____ g ・出生時の異常 なし・あり( )						
発育・発達	ふつうと思う ・ 少し遅れていると思う ・ わからない						
予防接種  順調なら <input type="checkbox"/> 1歳以下 <input checked="" type="checkbox"/> 1歳以上  <b>太字は定期接種</b>	B型肝炎			<b>MR(麻しん風しん)…1歳から</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> タウウイルス1価(経口)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		おたふくかぜ…1歳から			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> タウウイルス5価(経口)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		みずぼうそう…1歳から			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>ヒブ</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		日本脳炎…3歳から			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>小児用肺炎球菌</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		インフルエンザ…6ヶ月から			<input type="checkbox"/> 秋…前年2回接種で 翌年は1回接種
	<b>BCG</b>	<input type="checkbox"/>		三種混合とポリオの接種が完了していない場合の スケジュールは、かかりつけ医にご相談ください。			
	<b>三種混合 (DPT+IPV)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>					
<b>三種混合 (DPT)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
	<b>ポリオ (単独)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
既往歴	突発性発疹( ____ 歳)	はしか( ____ 歳)	風疹( ____ 歳)	みずぼうそう( ____ 歳)			
	おたふくかぜ( ____ 歳)	百日咳( ____ 歳)	その他( ____ )				
入院歴	病名: ____ 歳 ____ 月	病院名					
	病名: ____ 歳 ____ 月	病院名					

食事アレルギー	ない <b>ある</b> 卵 牛乳 小麦 大豆 その他( ) 除去の程度( )
熱性けいれん	ない <b>ある</b> 初回( 歳 ヶ月) 最後( 歳 ヶ月) 合計( )回 発熱時の対応、座薬の指示( )
常時服用している薬	ない <b>ある</b> ( )
登録の理由	①就労のため ②家庭の事情のため ③その他( )
当病児保育室を 何で知りましたか	①掲示板、パンフレット ②病院スタッフから聞いて ③インターネットで見て ④保育園で聞いて ⑤知人の紹介 ⑥他の病(後)児保育室からの紹介 ⑦市・区役所で聞いて ⑧その他( )
ご心配なことや 配慮してほしいことが あればお書き下さい	

※ この登録用紙に記載された内容は、守秘義務により第三者には知られません。

H27.6.改訂