

## 登録用紙

登録日 年 月 日

フリガナ		生年月日	(西暦)	年	月	日	日	
お名前	男	住所	〒					
(愛称)	女		電話番号	TEL				
保育園 小学校	保育園(所) 幼稚園 小学校	携帯番号	TEL	( )				
			TEL	( )				
すみれ病院カルテ(小児科)	有・無	かかりつけ医	病院名:					
大阪旭こども病院カルテ	有・無		TEL					
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先・通学先名	勤務先TEL	職業		
課税区分	課税・課税ひとり親・所得税非課税・所得税非課税ひとり親・市民税非課税・生活保護・大阪市外							
生育歴	出生	週	g	血液型	型			
<b>※当てはまる項目に○をつけてください</b>								
発育・発達	ふつうと思う・少し気になる・わからない							
予防接種	ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・ロタウイルス・BCG・三種混合・四種混合・ポリオ・MR・水痘・おたふく・日本脳炎							
既往歴	突発性発疹・はしか・風疹・水痘・おたふくかぜ・百日咳・川崎病							
	入院歴: 病名		( 歳	ヶ月)	病名:		( 歳	ヶ月)
	先天異常・心臓・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全等・その他( ) 病名: 歳 ヶ月 継続医療機関名:							
アレルギー	食物	卵	牛乳	大豆	小麦	その他( )		
		未摂取・避けてほしい食品( )						
	吸入系	ダニ	花粉	動物( )	その他( )			
	喘息	飲み薬( ) 吸入( ) 発作時( )						
薬物アレルギー	薬剤名( ) 症状( )							
けいれん	けいれんを起こしたことはありますか?		いいえ	はい	→ 熱性・無熱性			
	てんかんを起こしたことはありますか?		いいえ	はい				
	初回( 歳	ヶ月)	最後( 歳	ヶ月)	発熱時の対応( ) けいれん時の対応( )			
その他	特に心配な事、配慮してほしい事などあればお書きください ( )							

※提出は各自、各施設にご提出ください

※ 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りません。

研究や調査における倫理的配慮について

保育看護の質の向上を目的に日々の保育等の情報を蓄積、研究をおこない学会等での発表をいたします。  
その際個人が特定される情報の公開はなく、個人情報を守ります

同意いたします

保護者氏名

2021年12月 改定