

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 か月	
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 太字は定期接種	B型肝炎	□□□		MR(麻しん風しん)…1歳から			□□
	□タウウイルス1価(経口)	□□		おたふくかぜ…1歳から			□□
	□タウウイルス5価(経口)	□□□		みずぼうそう…1歳から			□□
	ヒブ	□□□□		日本脳炎…3歳から			□□□□
	小児用肺炎球菌	□□□□		インフルエンザ…6ヶ月から			□秋…前年2回接種で 翌年は1回接種
	BCG	□		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。			
	三種混合 (DPT+IPV)	□□□□					
	三種混合 (DPT)	□□□□					
ポリオ (単独)	□□□□						
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 ____ ヶ月	病院名					
	病名： ____ 歳 ____ ヶ月	病院名					

食事アレルギー	ない ある 卵 牛乳 小麦 大豆 その他() 除去の程度()
熱性けいれん	ない ある 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 ある ()
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。

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 _____