

登録用紙

登録日 年 月 日

フリガナ		生年月日	(西暦)	年	月	日	ヶ月
お名前	男	住所	〒				
	女						
(愛称)	()	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:				
中野こども病院カルテ	有・無		TEL				
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先・通学先名	勤務先TEL	職種	
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		
※当てはまる項目に○をつけてください							
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。