

病児保育室こあら利用登録票

初めて利用される方

令和 年 月 日 ()

カルテ番号

ふりがな		生年月日 平成・令和 年 月 日生まれ	
氏名		歳 か月	
		お子さんの愛称	
保護者	父：氏名 () 歳	職業	父
	母：氏名 () 歳		母
	自宅住所 (〒 -) 自宅電話 () -		
きょうだい	歳 □男 □女	歳 □男 □女	歳 □男 □女
緊急連絡先	電話番号	場所	連絡相手
	①		
	②		
	③		
保育園 (幼稚園 学校) 名			
かかりつけ医			
予防接種	Hib (ヒブ) □1回目 □2回目 □3回目 □追加	水痘 (水ぼうそう) □1回目 □2回目	
	肺炎球菌 □1回目 □2回目 □3回目 □追加	日本脳炎 第1期 □1回目 □2回目 □追加	
	四種混合 □1回目 □2回目 □3回目 □追加	おたふくかぜ □1回目 □2回目	
	BCG □受けた	B型肝炎 □1回目 □2回目 □3回目	
	麻疹・風疹 (MR) □第1期 □第2期	□タウウイルス □1回目 □2回目 □3回目	
り患	麻疹： 歳 か月	水痘： 歳 か月	風疹： 歳 か月
	おたふくかぜ： 歳 か月	B型肝炎： 歳 か月 (キャリアーで □ない □ある)	
	百日咳： 歳 か月	その他 (具体的に)	
これまでの病気	既往歴 (病名)		
	入院歴	□ない □ある (何の 歳 のとき)	
	手術を受けたこと	□ない □ある (何の 歳 のとき)	
	薬や食品のアレルギー	□ない □ある → 薬や食品の名前 ()	
	熱性けいれん	□ない □ある → () 回。最後は 年 月 日	
	喘息 喘息様気管支炎	□ない □ある → 毎日薬を □飲んでいる □いない □発作時だけ 家庭で喘息の処置を □している □していない □発作時だけ 具体的に ()	
	アトピー性皮膚炎	□ない □ある (治療は □塗り薬 □内服薬 □食事療法)	
その他	心配なこと配慮して欲しいことについて具体的にお書きください		