

病児保育室 さくらんぼ 【登録書】

※初回利用時にご記入ください。

※感染症・予防接種・電話番号など内容に変更があった際には、利用時にその旨お伝えください。

フリガナ			男・女	生年月日	年 月 日
児童氏名					
保育施設名					
自宅住所	〒			自宅からさくらんぼまでの 所要時間 (分)	
電話番号					
保護者	フリガナ			勤務先名	
	氏名	(続柄:)		勤務先Tel	
	携帯Tel			勤務先からさくらんぼまでの所要時間 (分)	
	フリガナ			勤務先名	
	氏名	(続柄:)		勤務先Tel	
	携帯Tel			勤務先からさくらんぼまでの所要時間 (分)	
かかりつけ 医院名				主治医名	
家族構成	計 人 内訳 ()				
先天性の 病気・ 既往症	病名		年齢	入院	現在継続中の治療
	1		歳 ヶ月	無・有	無・有 (具体的に:)
	2		歳 ヶ月	無・有	無・有 (具体的に:)
	3		歳 ヶ月	無・有	無・有 (具体的に:)
今までにかかった感染症		みずぼうそう・おたふく・RSウイルス感染症・はしか・風疹 その他 ()			

裏面もご記入ください

熱性けいれん	無・有	最終： 歳 カ月
	ダイアップの使用	無・有

アレルギー	食物	無・有 () 除去食 ()
	薬	無・有 (薬品名：)
	環境	無・有 (ハウスダスト・ダニ・その他 ())

予防接種	Hib	未・1回・2回・3回・追加	ロタウイルスワクチン	未・1回・2回・3回
	肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加	MR (麻疹・風疹)	未・1期・2期
	B型肝炎	未・1回・2回・3回	みずぼうそう	未・1回・2回
	四種混合 1期 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	未・初回 (1・2・3)・追加	おたふく	未・1回・2回
	BCG	未・済	日本脳炎	未・1回・2回・追加

常備薬	無・有 ()
-----	---------

その他 特記事項	
-------------	--