

病児・病後児保育室AlpacaRoom 登録用紙

登録No. _____

登録日 年 月 日

ふりがな	愛称		生年月日		
お名前	男 女		年	月	日 生まれ 歳 ヶ月
きょうだい関係	本児	(きょうだい氏名)		(生年月日)	
	第 子		男・女	年	月 日
	(人きょうだい中)		男・女	年	月 日
					男・女
住所	〒 -			自宅電話番号	
				- -	
保険証種類・番号	国保 ・ 健保 ・ 生保 ・ 自費 ・ 母子医療 ・ 身障医療 ・ その他 記号 () 番号 ()				
通園先	保育所・保育園・幼稚園・こども園				
保護者	ふりがな	続柄	年齢	勤務先名・通学(園)先名	
	氏名				
	個人携帯	-	-	勤務先TEL - -	
	ふりがな	続柄	年齢	勤務先名・通学(園)先名	
	氏名				
	個人携帯	-	-	勤務先TEL - -	
保護者以外の連絡先を必ず記入してください	ふりがな	続柄	年齢	連絡先TEL	
	氏名			- -	
頓服薬使用時の連絡	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり (メールアドレス:)				
新生児期	【在胎週数】 週 日		【出生身長】 cm		【出生体重】 g
分娩時・出生時の状況	【分娩時の異常】			【出生時の異常】	
	なし あり ()			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 □に✓を入れてください	Hib	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	四種混合 (DPT-I)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	三種混合 (DPT)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	BCG	<input type="checkbox"/> 済			
	MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加	
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	ロタウイルス (1価0タックス) (5価0タック)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
A型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加		

病児・病後児保育室AlpacaRoom 登録用紙

既往歴 □に✓を入れてください	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> はしか (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 風疹 (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 百日咳 (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> その他 ()
入院歴	病名 () いつ頃 (歳 ヶ月) 病名 () いつ頃 (歳 ヶ月)
かかりつけ医	
アレルギー	なし あり <input type="checkbox"/> 食物 () 除去食品 () <input type="checkbox"/> 喘息 治療していない ・ 治療中 ・ 発作時だけ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 治療していない ・ 内服中 ・ 食事療法 <input type="checkbox"/> その他 ()
熱性けいれん	なし あり 初回 (歳 ヶ月) 最終 (歳 ヶ月) 合計 (回) 発作時の対応 () けいれん予防薬処方 あり ・ なし
常時服用している薬	なし あり (薬名:)
その他、連絡事項や心配なこと、配慮してほしいことなどがあればご記入ください。	

※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知られることはありません。

※上記記載内容に変更が生じた場合は、すみやかに保育室までお知らせください。

病児・病後児保育室AlpacaRoom
 〒533-0033
 大阪府大阪市東淀川区東中島2-23-30
 TEL 06-6829-6940 (GreenHouse新大阪園)