

登録番号

市立秋田総合病院病児保育利用登録票

平成 年 月 日 記入

記入者名

姓 氏名		男 女	愛 称	生年月日	平成 年 月 日生 (歳)	
住 所				電話		
				mail		
通所園名 通学校名	TEL					
かかりつけ医	先生 TEL					
家族 の 状況	父・氏名	勤務先名	TEL			
	母・氏名	勤務先名	TEL			
	兄弟姉妹	年齢・性別				
緊急時連絡先	TEL (児童との続柄)					
生育 歴	妊娠中出産時の異常 なし・あり ()					
	出生時体重 g 在胎 週					
	栄養法 (母乳・人工・混合) 離乳食接種期間 (か月～ か月)					
	平熱 (°C前後) 排泄 おむつ (教える 教えない) 時々おもらし 自立					
予 防 接 種	BCG	未・済	ポリオ	未・済 (1回・2回・3回・4回)		
	()種混合	未・済	(I期初回 1回・2回・3回 I期追加)			
	麻しん(はしか)	未・済	麻しん 風しん混合	未・済 (I期 II期)		
	風しん	未・済				
	日本脳炎	未・済 (I期 1回・2回・I期追加 2期)				
	Hib感染症	未・済 (1回・2回・3回・4回) 接種開始年齢 (歳 月)				
肺炎球菌感染症	未・済 (1回・2回・3回・4回) 接種開始年齢 (歳 月)					
既 往 歴	突発性発疹 麻しん(はしか) 水痘(水ぼうそう) 風しん 百日咳 手足口病 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ヘルパンギーナ 川崎病 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎湿疹 その他 ()					
	入院歴 (病名、入院時年齢)					
常用薬	なし・あり (薬の内容、内服時間)					
ア レ ル ギ ー	アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください。					
そ の 他	配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。					

受付日 年 月 日