

## 市立秋田総合病院病児保育利用登録票

令和 年 月 日 記入

記入者名

児童氏名			男女	愛称	生年月日	平成 令和 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 ( ℃ 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				
	( )種混合	未・済 ( I 期初回 1回・2回・3回 )	I 期追加			
	Hib感染症	未・済 ( 1回・2回・3回・4回 )	接種開始年齢 ( 歳 月 ) ※5種混合ワクチンには、Hib感染症ワクチンが含まれています。			
	麻しん(はしか)	未・済	麻しん	未・済 ( I 期 II 期 )		
	風しん	未・済	風しん混合			
	日本脳炎	未・済 ( I 期 1回・2回 )	I 期追加 2期			
	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 )			
	※備考欄					
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。					