

病児保育どんぐり・登録票

病児保育どんぐりの利用にあたり登録します。

令和 年 月 日記入

ふりがな 児童名 愛称 () 生年月日 平成・令和 年 月 日生	男・女	通所先	Tel	かかりつけ医	Tel	
住所 〒 川崎市 区	自宅 () 携帯 (父・母・その他)	*緊急連絡先	氏名 (続柄) Tel 氏名 (続柄) Tel			
家族構成	続柄	氏名	生年月日	勤務先	電話 *優先順位	
父				(勤務先) (携帯)		
母				(勤務先) (携帯)		
				(勤務先) (携帯)		
				(勤務先) (携帯)		
予防接種	ワクチンの種類	接種年月日	ワクチンの種類	接種年月日	病名	かかった時の年齢
	B型肝炎	1回目	BCG	1回目	突発性発疹	
		2回目		2回目	おたふくかぜ	
		3回目		3回目	水ぼうそう	
	ロタ □ロタリックス □ロタテック	1回目	ポリオ 生2回 不活性化4回	3回目	麻疹(はしか)	
		2回目		4回目	風疹	
		3回目			気管支喘息および 喘息様気管支炎	
	ヒブ	初回 1回目	□三種混合 又は □四種混合	I期 1回目	食物アレルギー	
		2回目		2回目	熱性けいれん	
		3回目		I期 追加	アトピー性皮膚炎	
	肺炎球菌	追加接種	おたふくかぜ	1回目	その他	
		初回 1回目	水痘	2回目		
2回目		1回目				
3回目	2回目					
MR	追加接種	日本脳炎	I期 1回目	入院したこと 病名	なし・あり	
	I期		2回目			
	II期	I期 追加				
インフルエンザ	0歳児 (回) 1歳児 (回) 2歳児 (回) 3歳児 (回) 4歳児 (回) 5歳児 (回)				歳 ヶ月	
・妊娠中および出産時に何か異常がありましたか。 なし・あり []			・除去食品 なし・あり ありの場合 具体的に			
・在胎期間 週 日			・常時服用している薬 なし・あり (内服薬の名前 回数)			
・出生時体重 (g) 出生時身長 (cm)			・常時使用している軟こう、吸入薬 なし・あり (軟こう・吸入薬の名前 回数)			
・現在の体重 (kg) 現在の身長 (cm)						
・子どもの平熱 (℃)						
その他、体質(薬のアレルギー)や癖等、注意すべきことについてご記入ください。						

2018.5.7改訂

*緊急連絡先は、災害時保護者に連絡がつかなかった場合を想定してご記入ください。(遠方・実家でも構いません。)

*連絡先電話は優先順位を番号でご記入ください。

*ご記入にあたってご不明な点は、当施設までお問い合わせください。 どんぐり保育園 TEL: 044-819-7351