

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	〒 -		自宅 ()	電話	*緊急連絡先	氏名 (続柄) Tel		
			携帯 (父・母・その他)			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)			
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	かかった病名	
	B型肝炎	1回目		BCG	1回目			病名
		2回目			2回目			突発性発疹
		3回目			3回目			おたふくかぜ
	ロタ <input type="checkbox"/> ロタリックス <input type="checkbox"/> ロタテック	1回目		ポリオ生2回 不活性化4回	3回目			水ぼうそう
		2回目			4回目			麻疹 (はしか)
		3回目						風疹
	ヒブ	初回	1回目	<input type="checkbox"/> 三種混合 又は <input type="checkbox"/> 四種混合	I期	1回目		気管支喘息および 喘息様気管支炎
			2回目		I期	2回目		食物アレルギー
			3回目		I期	追加		熱性けいれん
	肺炎球菌	追加接種		おたふくかぜ	1回目			アトピー性皮膚炎
		初回	1回目		2回目			その他
		2回目	1回目					
MR		3回目	水痘	2回目				
		追加接種						
	I期			I期	1回目			
インフルエンザ			日本脳炎	2回目		入院したこと 病名		
				I期	追加			
0歳児 (回) 1歳児 (回) 2歳児 (回)			3歳児 (回) 4歳児 (回) 5歳児 (回)			なし・あり		
・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 [] ・在胎期間 週 日 ・出生時体重 (g) 出生時身長 (cm) ・現在の体重 (kg) 現在の身長 (cm) ・子どもの平熱 (°C)								
・除去食品 なし・あり ありの場合 具体的に ・常時服用している薬 なし・あり (内服薬の名前 回数) ・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)								
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。								

*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