

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 ()		男・女	通所先			かかりつけ医			
生年月日 平成・令和 年 月 日生		Tel				Tel			
住所	〒 -		電話	自宅 ()		*緊急連絡先	氏名 (続柄)		
				携帯 (父・母・その他)			Tel		氏名 (続柄)
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)			
	母					(勤務先)			
						(勤務先)			
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	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			3回目	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		
		初回	1回目				2回目		
			2回目		水痘		1回目		
		3回目				2回目			
MR	追加接種			I期	1回目	その他			
	I期			2回目					
インフルエンザ	I期		日本脳炎	追加		入院したこと 病名	なし・あり		
	II期								
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					
・出生時体重 (g) 出生時身長 (cm)				(内服薬の名前 回数)					
・現在の体重 (kg) 現在の身長 (cm)				・常時使用している軟こう、吸入薬 なし・あり					
・子どもの平熱 (°C)				(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