

ナゴム病児保育室登録票

登録番号	
------	--

記入日 H 年 月 日

登録する児童について

緊急連絡先: TEL

ふりがな 氏名 (愛称)	生年月日 H 年 月 日 (才 ヶ月)	性別 男・女
住所	電話番号 - -	
通園施設名 () 保育所(園) ・ 幼稚園 ・ 認定こども園 ・ 小学校		
かかりつけ医 無 ・ 有 ・ ・ ・ ()		
兄弟姉妹(名前○歳などとして列挙)		

保護者の連絡先

氏名	続柄	勤務先() TEL - -
生年月日 S・H 年 月 日		携帯電話 - -
氏名	続柄	勤務先() TEL - -
生年月日 S・H 年 月 日		携帯電話 - -

児のこれまでの経過について

◇出生歴: ()週 ()gで出生
◇発育発達歴:異常を指摘されたこと・気になる点 無 ・ 有 ・ ・ ・ (具体的に)
◇予防接種歴: BCG 三種混合/ 四種混合(1・2・3・追加) ポリオ(生ワク(回) ・ 不活化ワク(回)) Hib(回) 日本脳炎(1期 1・2追加 ・ 2期) MR(麻疹・風疹混合)(回) 肺炎球菌(回) B型肝炎(回) おたふくかぜ(回) 水痘(回) ロタ(回) 二種混合(2期) 11歳~13歳接種
◇これまでにかったことのある疾患: 突発性発疹 おたふくかぜ 水痘 川崎病 熱性けいれん … (何回 回) (最後はいつ 年 月 日) (座薬の指示 有 °C以上 ・ 無) 喘息または喘息様気管支炎 … (継続治療中 ・ 悪化時のみ治療) (吸入したこと 有 ・ 無)
◇常時内服している薬: 無 ・ 有 ・ ・ ・ 具体的に()
◇薬や食べ物に対するアレルギー: 無 ・ 有 ・ ・ ・ 具体的に ()

◇その他伝えておきたいことがありましたら、お書き下さい。

--