

# ナゴム病児保育室登録票

登録番号	
------	--

記入日 年 月 日

## 登録する児童について

緊急連絡先: TEL

氏名 (愛称)	生年月日 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 年 月 日	携帯電話 - -	
氏名	続柄	勤務先( ) TEL - -
生年月日 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。

--