

登録票

登録No

登録日 年 月 日

登録児童	ふりがな 子ども氏名		愛称		性別	男・女		生年月日 年 月 日生まれ		
	自宅住所(〒 —)		保護者氏名			印		(歳 ヲ月)		
			勤務先					自宅TEL		
			職種	医師・看護師・薬剤師				自宅Fax		
緊急	通園施設名	() 保育所・保育園・幼稚園 電話()								
	かかりつけ医	() 医院・病院 () DR								
緊急	緊急連絡先	① 携帯・自宅・会社(連絡先名)								
		② 携帯・自宅・会社(連絡先名)								
生育歴	妊娠中の異常 無・有()									
	出産時体重	g	出産時期:予定通り		日早かった・遅かった		在帯		週	
	出産時異常	無・有()		栄養法		母乳・人口・混合				
	首のすわり	ヶ月	お座り	ヶ月	一人歩き	ヶ月				
予防接種	ポリオ生ワクチン	未・	1回目	2回目	BCG	未・済	流行性耳下腺炎		未・済	
	ポリオ不活化ワクチ	未・	1回目	2回目	3回目	追加	麻疹	未・済	肺炎球菌	未・済
	三種混合	未・	1回目	2回目	3回目	追加	風疹	未・済	ヒブワクチン	未・済
	日本脳炎	未・	1回目	2回目	I期追加	II期	水痘	未・済	ロタ	未・済
	MR(麻疹・風疹)	未・	1回目	2回目	その他					
既往症	①突発性発疹 オ ヲ月 ②麻疹 オ ヲ月 ③水痘 オ ヲ月 ④風疹 オ ヲ月 ⑤ヘルパンギーナ オ ヲ月									
	⑥手足口病 オ ヲ月 ⑦流行性耳下腺炎 オ ⑧肺炎 オ ヲ月 ⑨百日咳 オ ヲ月									
	⑩喘息及喘息様気管支炎(現在治療中・悪化時のみ治療)									
	⑪熱性けいれん 回数: 回(最後: 年 月 日)									
⑫その他の疾患 ()										
入院歴	無・有	(病名: オ ヲ月)		(病名: オ ヲ月)						
		(病名: オ ヲ月)		(病名: オ ヲ月)						
平熱(°C)										
常時服用している薬 無・有(具体的に:)										
アレルギー 無・有(具体的に:)										
薬アレルギー 無・有(どのような薬 どのような症状:)										
※アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください										
配慮してほしいこと等あれば、具体的に記入してください										