

病児保育室Smile Basket 登録票

登録番号				記入日	西暦	年	月	日											
ふりがな 氏名	男 ・ 女	愛称	生年月日	西暦	年	月	日生	(歳 カ月)											
保護者	氏名	(歳)	電話番号																
	自宅住所	〒 -																	
兄弟	名前	歳(男・女) 名前	歳(男・女) 名前	歳(男・女)															
園・学校名				かかりつけ 病院															
緊急連絡先	①	氏名	続柄()	携帯															
		勤務先	TEL																
	②	氏名	続柄()	携帯															
		勤務先	TEL																
これまでの 病気	※かかったことのある病気にチェックをつけてください																		
	<input type="checkbox"/>	熱性痙攣	初回	歳	カ月	最後は	歳	カ月	これまで	回									
	<input type="checkbox"/>	喘息	息	継続治療 (薬・吸入)	・ 悪化時のみ治療														
	<input type="checkbox"/>	気管支炎	継続治療 (薬・吸入)	・ 悪化時のみ治療															
	<input type="checkbox"/>	アトピー性皮膚炎: 内服薬 ・ 塗り薬 ・ 食事療法																	
	<input type="checkbox"/>	突発性発疹	<input type="checkbox"/>	中耳炎	<input type="checkbox"/>	りんご病	<input type="checkbox"/>	ヘルペス性歯肉口内炎											
<input type="checkbox"/>	手足口病	<input type="checkbox"/>	川崎病	<input type="checkbox"/>	溶連菌	<input type="checkbox"/>	はしか												
<input type="checkbox"/>	みずぼうそう	<input type="checkbox"/>	風疹	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	百日咳												
<input type="checkbox"/>	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	その他()																
入院歴	なし ・ ある (病名							歳	カ月)										
常用薬	※喘息・けいれんなどの持病で定期的に服用・使用している薬があれば記入して下さい。																		
	なし ・ ある お薬名 ()																		
	服用・使用時間 ()																		
食物アレルギー	なし ・ ある							<input type="checkbox"/>	卵	<input type="checkbox"/>	牛乳・乳製品	<input type="checkbox"/>	小麦	<input type="checkbox"/>	大豆	<input type="checkbox"/>	甲殻類	<input type="checkbox"/>	ピーナッツ
								<input type="checkbox"/>	その他()										
薬物アレルギー	なし ・ ある ()																		
予防接種	※摂取済みのものにチェックをつけてください																		
	<input type="checkbox"/>	四種混合	<input type="checkbox"/>	I期1回	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	3回	<input type="checkbox"/>	I期追加									
	<input type="checkbox"/>	(三種混合	<input type="checkbox"/>	I期1回	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	3回	<input type="checkbox"/>	I期追加 + <input type="checkbox"/>	ポリオ								
	<input type="checkbox"/>	Hib ワクチン	<input type="checkbox"/>	肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	ロタウイルス	<input type="checkbox"/>	水ぼうそう									
<input type="checkbox"/>	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	MR I期	<input type="checkbox"/>	MR II期	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	日本脳炎										
出生時体重			g	出産時の異常	なし ・ あり ()														
その他	※心配な事、配慮してほしいことがありましたらご記入ください																		