

病児保育室Smile Basket 登録票

登録番号			血液型	検査未・Rh + - A B O AB						
ふりがな 氏名	男・女	愛称	生年月日	西暦	年	月	日生			
	(第 子)			(歳	ヵ月)			
保護者	氏名	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	ヵ月	最後は	歳	ヵ月	これまで	回
	<input type="checkbox"/>	喘息	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・あり	(病名				歳	ヵ月)			
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・あり()									
薬物アレルギー	なし・あり()									
予防接種	定期	<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"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> MR I期 <input type="checkbox"/> MR II期 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> Hib ワクチン <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎								
	任意	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 新型コロナ								
出生時体重	g		出産時の異常	なし・あり()						
健診の状況	※特別な所見などありましたらご記入ください									
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									