

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 (第 子)			愛称	生年月日	西暦	年	月	日生 (歳 カ月)	
	氏名				電話番号					
保護者	氏名									
	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	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 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									