

病児保育室コモド利用登録書

NO.

記入日 年 月 日

○印で囲む、又は記入を御願います。ご不明な箇所は、無記入でも結構です

ふりがな	男	愛称	 	
氏名	女			
生年月日	平成 年 月 日 令和 (歳 ケ月)	保育所等名		
住所				
電話番号	自宅 () - 携帯 - - -			
世帯状況	父 母 兄 (歳) 姉 (歳) 妹 (歳) 弟 (歳) 祖父 祖母			
緊急連絡先	第1	連絡先	TEL	- -
	第2	連絡先	TEL	- -
	第3	連絡先	TEL	- -
生育歴	<input type="checkbox"/> 妊娠中の異常 なし ・ あり () <input type="checkbox"/> 出生時体重 (g) <input type="checkbox"/> 平均体温 (度 分) <input type="checkbox"/> 出生時の異常 なし ・ あり () <input type="checkbox"/> 新生児期に問題はありましたか なし ・ あり () <input type="checkbox"/> 同年齢の子に比べて、発達、発育に遅れがありますか なし ・ あり ()			
既往歴	突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風疹 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 喘息 肺炎 アトピー性皮膚炎 湿疹 その他 () <input type="checkbox"/> 入院歴 なし ・ あり ()			
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> 薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 なし ・ あり () <input type="checkbox"/> 食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 なし ・ あり 「あり」の方でどういったもので起こされましたか。また食事制限を受けているものがありますか。			
御家庭でのお子さんの様子	<input type="checkbox"/> 性格 ・ 明るい ・ 活発 ・ 好奇心旺盛 ・ 慎重 ・ おとなしい ・ 人見知り <input type="checkbox"/> 与薬 ・ 嫌がる ・ 嫌がらない その他 () 与薬方法 () <input type="checkbox"/> お子さんの癖 ()			
解熱剤の使用について	<input type="checkbox"/> 希望する (°C以上になれば使用してほしい) ・ 希望しない ・ 極力使用しないでほしい <input type="checkbox"/> 病児保育室の判断に任せる ・ 熱があっても、元気があれば使用しないでほしい			

予防接種履歴

BCG	未 ・ 済
ポリオ (生ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ (単独・不活性ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
麻疹風疹混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加
ヒブワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
水痘	未 ・ 1回 ・ 2回
おたふくかぜ	未 ・ 済
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
ロタウイルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回