

まりあ保育園 病後児保育登録票

令和 年 月 日記入

ふりがな 児童名 _____ 愛称 _____ 生年月日 平成・令和 年 月 日生		男・女 通所先	かかりつけ医 Tel _____	病院名 Tel _____				
住所	〒 _____		自宅 携帯(父・母)	電話				
緊急連絡先	フリガナ 氏名	続柄	勤務先	電話	※優先順位			
				(勤務先)				
				(携帯)				
				(勤務先)				
				(携帯)				
				(勤務先)				
				(携帯)				
予防接種	ワクチンの種類		接種年月日		ワクチンの種類		接種年月日	
	B型肝炎	1回目			BCG			
		2回目				1回目		
		3回目				2回目		
	ロタウイルス <input type="checkbox"/> 1価(2回) <input type="checkbox"/> 5価(3回)	1回目			<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 五種混合	3回目		
		2回目				追加		
		3回目						
	おたふくかぜ	1回目			Hib (インフルエンザ ^a 菌b型) ※2024.4~五種混合 に含まれる	1回目		
		2回目				2回目		
		3回目				3回目		
水痘(みずぼうそう)	1回目				追加			
	2回目							
肺炎球菌	1回目			日本脳炎	1回目			
	2回目				2回目			
	3回目				追加			
	4回目							
インフルエンザ			最近受けたのは _____年____月	MR(麻疹・風疹)	1回目			
					2回目			

・妊娠中および出産時に何か異常がありましたか なし・あり

[_____]

・在胎期間 _____ 週 _____ 日 ・子どもの平熱(_____ ℃)

・生下時体重(_____ g) 生下時身長(_____ cm)

・現在の体重(_____ g) 現在の身長(_____ cm)

・体質、その他気になること

[_____]

※緊急連絡先は、優先順位を番号でご記入ください。1番の連絡先から順にお電話させていただきます。

※ご記入にあたってご不明な点は、お問い合わせください

既往歴(いままでにかかった病気に○をしてください)

- ・ 突発性発疹
- ・ 麻疹(はしか)
- ・ 水痘(みずぼうそう)
- ・ 風疹(三日ばしか)
- ・ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
- ・ 百日咳
- ・ B型肝炎(キャリアーを含む)
- ・ てんかん
- ・ 喘息、喘息様気管支炎【薬の服用は 毎日・不調時のみ】
- ・ アトピー性皮膚炎【薬やケアの方法()】
- ・ 川崎病【心臓合併症は あり・なし】
- ・ 熱性けいれん【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回】【屯用の座薬 あり・なし】
- ・ 食物アレルギー【除去食品() 診断日 年 月 日、解除日 年 月 日】
- ・ 脱臼/肘内障【部位()いつ・どのように()】

入院経験(入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください)

- 1 ない 2 ある 【 歳 ヶ月・病名 】
- 【 歳 ヶ月・病名 】

常時内服している薬(常勤内服している薬がある場合は具体的に記入してください)

- 1 ない 2 ある 【具体的に： 】

その他(薬物アレルギーなど、心配なこと配慮して欲しいことについて記入してください)

健診	1ヵ月健診			
	3~4ヵ月健診	(未 ・ 受けた	特記事項)
	6~7ヵ月健診	(未 ・ 受けた	特記事項)
	9~10ヵ月健診	(未 ・ 受けた	特記事項)
	1歳6ヵ月健診	(未 ・ 受けた	特記事項)
	2歳児健康相談会	(未 ・ 受けた	特記事項)
	3歳児健診	(未 ・ 受けた	特記事項)
フッ化物塗布	(未 ・ 直近で受けたのは	年 月)		

乳幼児受給者証

保険証