ナゴム病児保育室

登録票

登録番号	

記入日　　　年　　月　　日

登録する児童について

緊急連絡先：TEL

ふりがな 氏名　　　　　　（愛称）	生年月日　　年　　月　　日（　　才　　ヶ月）	性別　男・女
住所	電話番号　　ー　　ー	
通園施設名　（　　　　　　）保育所（園）・　幼稚園　・　認定こども園　・　小学校		
かかりつけ医　　当院　・　他院・・・・（　　　　　　　　）		
兄弟姉妹（名前〇歳などとして列挙）		

保護者の連絡先

氏名	続柄	勤務先（　　　　　　）TEL　　-　　-
生年月日　　年　　月　　日		携帯電話　　-　　-
氏名	続柄	勤務先（　　　　　　）TEL　　-　　-
生年月日　　年　　月　　日		携帯電話　　-　　-

児のこれまでの経過について

◇出生歴：　（　　　　）週　（　　　　　　）gで出生
◇発育発達歴：異常を指摘されたこと 無　・　有　・・・（具体的に　　　　　　　　　　）
◇予防接種歴： Hib（　回）　肺炎球菌（　回）　B型肝炎（　回）　ロタ（　回） 四種混合/五種混合（1・2・3・追加）　BCG　麻しん風しん（　回）　水痘（　回） 日本脳炎 1期（1・2・追加）・2期　おたふくかぜ（　回）　二種混合（ 2期 ）11歳～13歳接種
◇これまでにかかったことのある疾患： 突発性発疹　おたふくかぜ　水痘　川崎病 熱性けいれん ・・・（何回　　回）（最後はいつ　　年　　月　　日）（座薬の指示　有　　℃以上　・　無） 喘息または喘息様気管支炎 ・・・（継続治療中 ・ 悪化時のみ治療）　（吸入したこと　有 ・ 無）
◇入院歴：　無　・　有　・・・（ いつ：　　　　　　病名：　　　　　　）
◇常時内服している薬：　無 ・ 有　・・・具体的に　（　　　　　　）
◇薬や食べ物に対するアレルギー：　無 ・ 有　・・・具体的に　（　　　　　　）

◇その他、伝えておきたいこと、発達などで気になることがありましたらご記入ください。