

〈病児〉

①病児登録票

記入日令和 年 月 日 記入者氏名

※以下□欄には該当項目にレ印を記入してください

フリガナ() 園児氏名 (愛称:) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
生年月日 平成・令和 年 月 日生 (歳 カ月)				
住所 電話				
保育状況 <input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> その他保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 自宅				
施設名:				
家族状況				
フリガナ 氏名	続柄	年齢	勤務先名	勤務先 ()は優先順位記載
()				()職場 - - ()携帯 - -
()				()職場 - - ()携帯 - -
()				()職場 - - ()携帯 - -
()				()職場 - - ()携帯 - -
()				()職場 - - ()携帯 - -
()				()職場 - - ()携帯 - -
健康保険証番号	記号: 番号: 保険者番号:			
出産状態と乳幼児期の発達	在胎()週 出生体重()g 分娩時の異常:有・無 首のすわり()か月頃 おすわり()か月頃 ひとり歩き()か月頃 言葉のはじまり()か月頃			
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 四種混合(1・2・3回) <input type="checkbox"/> MR7クチン(麻疹,風疹) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> ヒブ(1・2・3回) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(1・2・3回) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1・2・3回) <input type="checkbox"/> ロタ(1・2・3回) その他ワクチン()			
いままでかかった感染症	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかせ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> しょうこう熱 <input type="checkbox"/> B型肝炎(キャリア含む) <input type="checkbox"/> その他()			
その他今までかかった病気などで注意すべきもの	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(初回: 歳時、以後 回反復 最後: 年 月頃) ダイアアップ使用経験(あり・なし) <input type="checkbox"/> 喘息(毎日服薬 <input type="checkbox"/> 発作時だけ服薬 <input type="checkbox"/> 服薬していない) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他()			

