

登 録 票

病児保育（えんかつ町のプベル保育園とよおかざ・ガーデン）の利用にあたり登録します。

令和 年 月 日記入

<small>ふりがな</small>		<small>男</small>	<small>通</small>		これまでの病院名・主治医名		
利用者名 愛称	()	<small>女</small>	<small>通</small>				
生年月日	年 月 日生	<small>先</small>	<small>学</small>	TEL	TEL		
住 所	〒 -	電 話	自 宅 () -	携 帯 (父 ・ 母 ・ そ の 他) - -	緊 急 連 絡 先	氏 名	(続 柄)
						TEL	
家 族 構 成	続 柄	氏 名	生 年 月 日	勤 務 先	電 話	優先順位	
	父				勤務先 携帯		
	母				勤務先 携帯		
					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	病 名	既往時年齢
	B型肝炎	1回目		BCG	1回目	突発性発疹	
2回目			ポリオ		2回目	おたふくかぜ	
3回目					3回目	水痘	
ロタ <input type="checkbox"/> ロタリックス <input type="checkbox"/> ロタテック	1回目		<input type="checkbox"/> 生2回 <input type="checkbox"/> 不活化4回	3回目	麻疹（はしか）		
	2回目			4回目	風疹		
	3回目			<input type="checkbox"/> 三種混合 又は <input type="checkbox"/> 四種混合	I期1回目	溶連菌感染症	
追加接種		2回目			百日咳		
ヒブ	初回	1回目	おたふくかぜ	3回目	急性中耳炎		
	2回目			I期追加	滲出性中耳炎		
	3回目			1回目	気管支喘息		
肺炎球菌	初回	1回目	水痘	2回目			
	2回目			1回目			
	3回目		2回目				
MR (麻疹・風疹)	I期		日本脳炎	I期1回目			
	II期			2回目			
インフルエンザ		0歳児（回） 1歳児（回） 2歳児（回） 3歳児（回） 4歳児（回） 5歳児（回） 6歳児（回） 7歳児（回） 8歳児（回） 9歳児（回）					
・妊娠中および出産時に何か異常はありましたか。（なし・あり） 〔 〕				・食物アレルギー（なし・あり）			
・在胎期間 週 日				・除去食品（なし・あり）			
・出生時体重（ g ） 出生時身長（ cm ）				ありの場合			
・現在の体重（ g ） 現在の身長（ cm ）				診断された日 年 月 日			
・子どもの平熱（ °C ）				除去食品（ ）			
				解除された日 年 月 日			
その他、今までにかかった病気や注意すべきことについて記入してください。 (例：熱性けいれん、喘息、川崎病、薬品アレルギー等)							