

病児保育室 こねこ 利用基本情報

西暦 年 月 日 記入

登録番号	
診察券番号	

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男	お子様の愛称	
児童名					<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	西暦	年	月	日	歳	ヶ月	在籍保育園 在籍幼稚園

連絡先順位	ふりがな 保護者の氏名		緊急連絡先			
			自宅 及び 携帯電話		勤務先など ※固定電話を記載してください	
	第1		自宅	-	-	名称 最寄駅()
		携帯	-	-	電話 - -	
第2		自宅	-	-	名称 最寄駅()	
		携帯	-	-	電話 - -	
第3		自宅	-	-	名称 最寄駅()	
		携帯	-	-	電話 - -	

かかりつけ医療機関		電話	- -
-----------	--	----	-----

接種済み予防接種にレ点をつけてください。※未接種の場合はレ点をつけないでください。

4種混合・3種混合	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回
B型肝炎ワクチン	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回		水痘	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回
肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回
インフルエンザ菌B型(ヒブ)	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	麻疹・風疹混合(MR)	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回

既往歴	これまでにかかった病気にレ点をつけてください。 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 肘内障 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (今までに 回発作があった。 最終発作: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 喘息 (<input type="checkbox"/> 現在、治療薬なし <input type="checkbox"/> 現在、内服薬による治療中 <input type="checkbox"/> 現在、吸入薬による治療中) <input type="checkbox"/> その他の病気 ()						
入院歴	<input type="checkbox"/> 有	1) 病名:	(歳 ヶ月)	2) 病名:	(歳 ヶ月)		
	<input type="checkbox"/> 無	3) 病名:	(歳 ヶ月)	4) 病名:	(歳 ヶ月)		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	薬品名					
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他()					
その他	お子様の保育・看護上でご心配なこと、配慮してほしいことについて、具体的にご記入してください。						

※お子様の状態が変化し、新たな医療行為が必要になることがあります。ご連絡の取れない場合、当院の医師の判断により治療を開始させていただきます。

上記内容について同意いたします。

同意者サイン(自筆) _____

※太枠内を記入し、初回利用時にお持ちください。