

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)
住所		電話番号	- -
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○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・気になる点 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期 1・2・3・追加 ・ 2期) BCG MR(麻疹・風疹)(回) 水痘(回) 日本脳炎(1期 1・2・追加 ・ 2期) おたふくかぜ(回)	
◇これまでに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 °C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がありましたら、お書き下さい。