

登録番号					カルテ番号				
------	--	--	--	--	-------	--	--	--	--

病児保育室かめさん 利用登録申込書

登録日 令和 年 月 日

登録児童	(ふりがな)	呼び方	性別	生年月日	
	氏名		男・女	平成 年 月 日 令和 (歳 ヶ月)	
	住所 (〒 -)				
	児童の兄弟姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
	通園通学施設名	市区町村 保育園・幼稚園・こども園・小学校 (年生)			
	かかりつけ医	医療機関名： 医療機関名：			

保護者緊急連絡	連絡先①	(ふりがな)	電話番号
		氏名	続柄：父・母 自宅 携帯
		勤務先	職種 勤務先
	連絡先②	(ふりがな)	電話番号
		氏名	続柄：父・母 自宅 携帯
		勤務先	職種 勤務先

新生児期	出生時の異常(無・有:)	発育・発達	普通・少し遅れていると思う・わからない
予防接種	*済みのものには☑をしてください。		
	ヒブ	① □、② □、③ □、④ □	B型肝炎 ① □、② □、③ □
	肺炎球菌	① □、② □、③ □、④ □	ロタ ① □、② □、③ □
	三混/四混	① □、② □、③ □、④ □ (三混/四混、どちらか一方です)	
	ポリオ	① □、② □、③ □、④ □ (生は2回、不活性は4回)	
	BCG	① □	麻疹風疹 ① □、② □
	日本脳炎	① □、② □、③ □	おたふくかぜ ① □、② □

これまでにかかったことのある病気に☑をしてください。

既往歴	なし	<input type="checkbox"/> てんかん: 歳、 <input type="checkbox"/> 心臓病: 歳、 <input type="checkbox"/> 突発性発疹: 歳 <input type="checkbox"/> 川崎病: 歳、 <input type="checkbox"/> 水痘: 歳、 <input type="checkbox"/> おたふく: 歳 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 麻疹: 歳、 <input type="checkbox"/> 風疹: 歳、 <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック: 歳
熱性けいれん	なし	初回: 歳 ヶ月、最後: 歳 ヶ月、これまでに () 回 ()
アレルギー	なし	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 (原因:)
過去の入院歴	なし	病名: (歳 ヶ月)、病名: (歳 ヶ月) 病名: (歳 ヶ月)、病名: (歳 ヶ月)

その他、気になることや配慮してほしいことなどについて具体的にお書きください。