

病児保育室ぽっぽ利用登録申請書

登録番号()

(ふりがな)		性別	生年月日	愛称		
児童氏名		男・女	年 月 日			
通園している施設名	保育所(園)・こども園・幼稚園・小学校					
かかりつけ医						
自宅住所	〒					
	TEL ()	-				
緊急連絡先①	TEL ()	-	氏名()	続柄()		
緊急連絡先②	TEL ()	-	氏名()	続柄()		
緊急連絡先③	TEL ()	-	氏名()	続柄()		
家族関係		氏名	続柄	連絡先	備考(職場の連絡先など)	
	父		/	-	-	
	母		/	-	-	
	その他の家族				-	-
					-	-
					-	-
	父方祖父		/	-	-	
	祖母		/	-	-	
	母方祖父		/	-	-	
祖母		/	-	-		
生育歴	・出生 週 g ・出生時の異常はありましたか？ (なし ・ あり) ・定期健診で何か指摘されたことはありますか？ (なし ・ あり) 「あり」の方は具体的にご記入ください。					
既往歴	突発性発疹	未・済(歳)	水ぼうそう	未・済(歳)		
	おたふくかぜ	未・済(歳)	その他()			
予防接種(これまでに受けたもの全てに○をつけてください) 1、ロタウイルス 2、小児肺炎球菌 3、Hib(ヒブ) 4、四種混合 5、B型肝炎 6、BCG 7、MR(麻疹・風疹) 8、おたふくかぜ 9、水痘(みずぼうそう) 10、日本脳炎 11、ポリオ 12、三種混合 13、その他()						

児童氏名			
これまでの病気	熱性けいれん	なし・あり	初回 年 月 最終 年 月(今までに 回)
	喘息	なし・あり	内服薬を (飲んでいる ・ 飲んでいない ・ 発作時だけ)
	喘息性気管支炎	なし・あり	吸入療法を (している ・ していない ・ 発作時だけ)
	アトピー性皮膚炎	なし・あり	内服薬を (飲んでいる ・ 飲んでいない)
	その他の病気(具体的に)		
	入院歴 (なし ・ あり)	(病名 ・ 歳 カ月)	
	(病名 ・ 歳 カ月)		
	(病名 ・ 歳 カ月)		
	(病名 ・ 歳 カ月)		
常備薬	喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。 (内服時間も)		
食事	食物アレルギー(なし ・ あり) 食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。		
性格			
その他	体質(アレルギー等)やくせ、心配なこと・配慮してほしいこと、その他伝えたいことなどについて、具体的にお書きください。		