

軽症病児・病後児保育室「星の子ルーム」児童登録票

電話・FAX: 717-7819

記入日(年 月 日) 初回年月日(年 月 日)

登録番号(—)

ふりがな 子供の名前() 愛称()		こ れ ま で の 病 気	熱性痙攣	有 ・ 無 これまでの回数: 回 初回: 歳 ヶ月 最後: 歳 ヶ月		
生年月日(年 月 日) 性別(男・女) 続柄()			喘息	有 毎日薬を(使用・使用せず) ・ 無		
保 護 者	氏名() 氏名()		アトピー性皮膚炎	有 (現在治療は) ・ 無		
	続柄() 続柄()					
	部局・所属() 部局・所属()		記 入 録 院	年 月 病名: (歳 ヶ月)		
	職種(職名)() 職種(職名)()			年 月 病名: (歳 ヶ月)		
	勤務先電話() 勤務先電話()			その他の病気、また、喘息、アトピー性皮膚炎、痙攣等で常時服用している薬があれば、具体的にお書き下さい。(内服時間も)		
	携帯電話() 携帯電話()					
	職員用メールアドレス					
自宅住所()						
自宅電話()		予 防 接 種 履 歴	BCG		未 ・ 済	
上 連 記 絡 以 外 の	氏名() 児童からみた続柄()		ポリオ(生ワクチン)		未 ・ 1回 ・ 2回	
	電話() 携帯電話()		ポリオ(単独・不活化ワクチン)		未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加	
	勤務先名又は住所()		三種混合		未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加	
	児童通所名() かかりつけ医名()		四種混合		未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加	
	周 産 期 ・ 乳 児 期		妊娠中出産時の異常: 有() ・ 無		麻しん風しん混合	
出生時体重: g / 在胎: 週			(麻しん単抗原		未 ・ 第1期 ・ 第2期)	
首のすわり: ヶ月 / おすわり: ヶ月 / 一人歩き: ヶ月			(風しん単抗原		未 ・ 第1期 ・ 第2期)	
乳児健診での異常の指摘: 有() ・ 無			日本脳炎		未 ・ 第1期 1回 2回 3回 第2期 1回	
栄養法: 母乳 ・ ミルク ・ 混合			ヒブ		未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	
離乳食開始時期			肺炎球菌		未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	
前期: ヶ月 中期: ヶ月 後期: ヶ月 幼児食: ヶ月			B型肝炎		未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回	
食 事			アレルギー等で制限している食品: 全卵・卵黄・卵白・牛乳		水痘	
	ミルク・小麦類・そば類・その他()		おたふくかぜ		未 ・ 1回 ・ 2回	
そ の 他	配慮してほしいこと等		ロタウイルス		未 ・ ①1回 ・ 2回 ②1回 ・ 2回 ・ 3回	
			その他			