

県西総合病院病児保育事業利用登録票

(あて先) 県西総合病院 病院長 様

・内容に変化のあった場合は、利用時にその旨をお伝えください。
(感染症・予防接種・連絡先など)

		登録番号					
		登録日		平成 年 月 日			
ふりがな				生年月日	平成 年 月 日		
登録児童氏名				自宅電話番号	()		
住所				入所保育施設	()保育所・学童		
				電話番号			
保護者の 緊急連絡先	(ふりがな) 保護者氏名		続柄	(ふりがな) 保護者氏名			
	Ⓜ			Ⓜ			
	勤務先	名称			勤務先	名称	
		住所				住所	
		電話				電話	
携帯番号				携帯番号			
保護者以外の 緊急連絡先	ふりがな			児童との関係			
	氏名			電話番号			
緊急連絡先()内に 優先順位を記入	母勤務先 ()	母携帯 ()	父勤務先 ()	父携帯 ()	保護者以外の緊急連絡先 ()		
かかりつけ 医療機関	名称			電話番号			
	住所						
出生・出産時の 状況	分娩経過	自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他()					
	出生体重	g	妊娠周期		週		
予防接種	ヒブワクチン	未 ・ 済(回)		ロタウイルスワクチン	未 ・ 済		
	肺炎球菌	未 ・ 済(回)			ロタリックス(回)		
	四種混合	未 ・ 済(回)			ロタテック (回)		
	ポリオ(生ワクチン)	未 ・ 済(回)		MR(はしか・風疹)	未 ・ 済(1回、2回)		
	日本脳炎	未 ・ 済(回)		水痘	未 ・ 済(1回、2回)		
	B型肝炎	未 ・ 済(回)		おたふくかぜ	未 ・ 済(1回、2回)		
	BCG	未 ・ 済		その他()	未 ・ 済		
感染症歴	突発性発疹	未 ・ 済		水痘	未 ・ 済		
	はしか	未 ・ 済		おたふくかぜ	未 ・ 済		
	風疹(三日はしか)	未 ・ 済		ロタウイルス腸炎	未 ・ 済		
	百日咳	未 ・ 済		溶連菌感染症	未 ・ 済		
	()	未 ・ 済		()	未 ・ 済		

熱性けいれんの状況	有 ・ 無		今までの発作回数	回
	初回の発作は、 歳 ヶ月の時		最後の発作は、 歳 ヶ月の時	
気管支喘息、喘息様気管支炎	有 ・ 無	毎日使用している薬		
		発作の時の薬		
アトピー性皮膚炎の状況	有 ・ 無	使用している薬	塗り薬 ・ 飲み薬 ・ 無	
		食事療法	実施している ・ 実施していない (詳しくは下記のアレルギー欄に記入してください)	
既往歴		病名	年齢	入院の有無
	1		歳	有 ・ 無
	2		歳	有 ・ 無
	3		歳	有 ・ 無
	4		歳	有 ・ 無
常備薬	内服			
	外用			
	座薬			
	吸入			
	その他			
生活習慣	排便回数	回/日	便意	知らせる ・ 時々知らせる ・ 知らせない
	排便サイン			
	排尿回数	回/日	便意	知らせる ・ 時々知らせる ・ 知らせない
	排尿サイン			
	衣服着脱	着替えさせる ・ 手伝うと自分でできる ・ すべて自分でできる		
	昼寝	時間	寝かせ方	1人寝 ・ 添い寝
	睡眠のくせ			
	人見知り			
	好きな遊び			
	好きな玩具			
	発達上、気になることはありますか？			
その他、配慮事項がありましたらご記入ください				
現在の食事内容	食事量	よく食べる ・ 普通 ・ 食が細い		
	食事方法	1人で食べられる ・ 1人で食べようとする ・ 食べさせる		
	食事道具	はし ・ スプーンフォーク ・ 手		
アレルギーの状況	食物	有 (食品名) ・ 無		
	薬	食事制限の程度や内容 ()		
	環境	有 (ダニ ・ ハウスダスト ・ 動物 ・ その他:) ・ 無		