

まつしま病院 病児保育 NaNaLa 児童登録票

※太枠内をご記入ください

保護者名

登録児童	ふりがな		性別	生 年 月 日
	氏 名		男 女	年 月 日 (歳 か月)
	自宅住所：(〒 -) 東京都 区			
	電話番号：()			
	通園施設名	() 保育園・幼稚園・認定こども園・小学校		
かかりつけ医	電話 ()			
保護者連絡先				
保護者 続柄 ()	勤務先名：	家族 構 成	続柄	氏 名
	勤務先電話：		ふりがな	年齢
	勤務時間： 時 分～ 時 分		ふりがな	
	通勤時間： 時間 分		ふりがな	
保護者 続柄 ()	携帯番号： ()	ふりがな		
	勤務先名：	ふりがな		
	勤務先電話：	ふりがな		
	勤務時間： 時 分～ 時 分	ふりがな		
保護者 続柄 ()	通勤時間： 時間 分	ふりがな		
	携帯番号： ()			
新生児期	出生時の異常無・有 ()	発育/発達	ふつう・健診や通園施設で指摘あり	
予防接種 (これまで受けた予防接種の番号に○と【 】に回数を書いてください)				
1 小児肺炎球菌	【 回】	6 BCG	11 おたふくかぜ	【 回】
2 Hib (ヒブ)	【 回】	7 MR(麻疹・風疹混合)	12 水ぼうそう	【 回】
3 四種混合	【 回】	【 回】	13 インフルエンザ	
4 三種混合	【 回】	8 日本脳炎	【 回】	最後 年 月接種
5 ポリオ 不活化	【 回】	9 B型肝炎	【 回】	14 その他
経口生	【 回】	10 ロタ	【 回】	
既往歴 (今までにかかった病気の番号に○と【 】に内容を書いてください)				
1 突発性発疹症	7 喘息・喘息性気管支炎【毎日薬を飲んでいる・発作時だけ・飲んでいない】			
2 麻疹 (はしか)	8 熱性けいれん【初回 歳 か月・最後 歳 か月・これまで 回】			
3 風疹 (三日ばしか)	【坐薬の指示 なし・あり】			
4 水ぼうそう	家族の熱性痙攣既往歴 なし・あり【父・母・ 】			
5 おたふくかぜ	9 アレルギー食物【卵・乳製品・小麦・大豆・その他 】			
6 アトピー性皮膚炎	その他【ハウスダスト・ダニ・スギ】 食事制限 無・有()			
入院歴	なし・あり (歳 か月：病名) (歳 か月：病名)			
常時使用している薬	なし・あり (病名 薬の名前 1日 回)			
その他 (先天性疾患、心配なこと、配慮してほしい事について記入してください)				