

病児保育室 NaNaLa 児童登録票

※太枠内をご記入ください

ID _____

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① 氏名 続柄() (歳) ・携帯 () ・同居				
勤務先名： ・電話 ()				
勤務時間： 時 分 ~ 時 分 通勤時間： 時間 分				
保護者② 氏名 続柄() (歳) ・携帯 () ・同居				
勤務先名： ・電話 ()				
勤務時間： 時 分 ~ 時 分 通勤時間： 時間 分				
上記の保護者以外の同居家族氏名 (年齢・続柄)				
(歳・)		(歳・)		
(歳・)		(歳・)		
(歳・)		(歳・)		
新生児期	出生時の異常・無 ・有 ()	発育発達 の様子	・ふつう ・健診や通園施設で指摘あり	
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】 【坐薬の指示 なし・あり】			
3 風疹 (三日ばしか)				
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()			

裏面のご記入もお願いいたします

入院歴 なし・あり (歳 カ月：病名) (歳 カ月：病名)			
常時使用している薬 なし・あり (病名 薬の名前 1日 回) (病名 薬の名前 1日 回)			
その他 (先天性疾患、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください)			
次の予防接種のうち受けたものを○で囲んでください。			
小児肺炎球菌ワクチン(1・2・3・追加)	ロタリックス(1・2)	ロタテック(1・2・3)	BCG
Hib(ヒブ)(1・2・3・追加)	麻疹風疹混合 MR(1・2期)	水痘(1・2)	おたふく(1・2)
B型肝炎(1・2・3)	日本脳炎(1期1・2・追加/2期)	麻疹	風疹
五種混合(1期1・2・3・追加)	ポリオ 生(1・2) 不活化(1・2・3・追加)		
四種混合(1期1・2・3・追加)	その他 ()		
三種混合(1期1・2・3・追加)	()		

保育士記入欄				