

もみの木医院 病児保育室 登録用紙

登録番号:		平成		年		月		日		
登録児童	児童氏名			愛称		性別	生年月日			
	ふりがな					男・女	平成	年	月	日
							平熱			
							℃			
自宅住所 ☎ -										
☎ - -										
通園・通学施設名 市 保育園 幼稚園 小学校										
保護者	保護者氏名			続柄		勤務先				
	携帯Tel - -									
	E-mail			☎		- -				
	携帯Tel - -									
E-mail			☎		- -					
予防接種	これまで受けた予防接種に✓と【 】内の回数に○をつけてください									
	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう 1回 追加		<input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹)【I期 II期】							
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ 【1回 追加】		<input type="checkbox"/> インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】							
既往歴	今までにかかった病気に✓と【 】内の内容に○をつけてください									
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹		<input type="checkbox"/> 水ぼうそう							
	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ							
	<input type="checkbox"/> 風疹		<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎							
	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 【薬の服用 毎日 不調時のみ】		<input type="checkbox"/> てんかん 【薬の名前】							
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん 【最後 年 月、		これまで 回、座薬の指示： 有 無 (目安体温 ℃)】							
入院	入院経験がある場合、入院時の年齢と病名をお書きください									
	ない									
	ある 【 歳 ヶ月、病名：				】					
	【 歳 ヶ月、病名：				】					
薬	常時内服している薬がある場合、具体的にお書きください									
	ない									
	ある 【 具体的に：				】					
その他	薬及び食物アレルギー、心配なこと、配慮してほしいこと、好きなこと(遊び・キャラクター等)についてお書きください									

※登録番号はもみの木医院の診察券番号と同じです。
 ※E-mailアドレスについて：お昼頃お子様の状況をお知らせしたいと思っております。
 必要でない方は未記入でかまいません。

