

もみの木医院 病児保育室 登録用紙

		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	(認可・認可外)	
保護者	保護者氏名		続柄	勤務先名称		
	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	<input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹混合)	【最近受けたのは 年 月】			
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> インフルエンザ				
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					
	<input type="checkbox"/> ない					
	<input type="checkbox"/> 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					
	<input type="checkbox"/> ない					
	<input type="checkbox"/> ある	【	具体的に:	】		
その他	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					
	薬の飲み方	<input type="checkbox"/> 水溶き	<input type="checkbox"/> スポイト	<input type="checkbox"/> 粉のまま	<input type="checkbox"/> その他()	
	薬樹薬局光が丘の利用	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可			
食物、薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()				
卵を含むおやつ(1歳未満のお子様)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可				
薬の変更や追加、点滴、採血等の処置が必要になった場合	<input type="checkbox"/> 事前連絡	<input type="checkbox"/> 事後報告				
メール配信(お昼頃にお子様の状況をお知らせしています)	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要				

