

もみの木医院 病児保育室 登録用紙

--	--	--	--	--

西暦 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	西暦 年 月 日
					平熱
					℃
自宅住所 -				登録済みのご兄弟名(続柄)	
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✓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)		
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ		<input type="checkbox"/> インフルエンザ【最近受けたのは：西暦 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：西暦 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：		】	
	<input type="checkbox"/> ある	【 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	

