

登 録 票

病児保育室おひさまの利用にあたり、登録します。

令和 年 月 日 記入

ふりがな _____ 男 児童名 _____ 愛称 (_____) 女 生年月日 平成・令和 年 月 日生	通所先		かかりつけ医								
住所	〒 _____	自宅	* 緊急連絡先	氏名 (続柄)							
		(_____)		Tel _____							
		携帯 (父・母・その他: _____)		氏名 (続柄)							
		(_____)		Tel _____							
家族構成	続柄	氏名	生年月日	勤務先	電話	* 優先順位					
					(勤務先)						
						(携帯)					
						(勤務先)					
						(携帯)					
予防接種	ワクチンの種類		接種年月日	ワクチンの種類		接種年月日	かかった病気	病名	かかった時の年齢		
	B型肝炎	1回目		BCG					突発性発疹		
		2回目			ポリオ 生2回 不活化4回	1回目				おたふくかぜ	
		3回目				2回目				水ぼうそう	
	ロタ □ロタリックス □ロタテック	1回目		3回目					麻疹(はしか)		
		2回目		4回目				風疹			
		3回目		□三種混合 または □四種混合	I期 1回目				気管支喘息および 喘息様気管支炎		
	ヒブ	初回	1回目			2回目			食物アレルギー		
		2回目			3回目				熱性けいれん		
		3回目		I期 追加				アトピー性皮膚炎			
		追加接種		おたふくかぜ	1回目			その他			
	肺炎球菌	初回	1回目		2回目						
		2回目		水痘	1回目						
		3回目			2回目						
	追加接種		日本脳炎		I期 1回目						
MR	I期			2回目			入院したこと	なし・あり			
	II期		I期 追加			病名					
インフルエンザ		0歳時(回)	1歳時(回)	2歳時(回)							
		3歳時(回)	4歳時(回)	5歳時(回)			歳 ヶ月				
・妊娠中および出産時に何か異常がありましたか。 なし・あり [_____]				・除去食品 なし・あり ----- ありの場合 具体的に							
・在胎週数 _____ 週 _____ 日				・常時服用している薬 なし・あり ----- (内服薬の名前 _____ 回数 _____)							
・出産時体重 (_____ g) 出産時身長 (_____ cm)				・常時使用している軟こう・吸入薬など なし・あり ----- (軟こう・吸入薬の名前 _____ 回数 _____)							
・現在の体重 (_____ kg) 現在の身長 (_____ cm)											
・お子様の平熱 (_____ °C)											
その他、体質(薬のアレルギー)やくせ等、注意すべきことについてご記入ください。											

2025.3改訂

* 緊急連絡先は、災害時保護者に連絡がつかなかった場合を想定してご記入ください。(遠方・ご実家でも構いません。)

* 連絡先電話は優先順位を番号でご記入ください。

* ご記入にあたってご不明な点は、当施設までお問い合わせください。

病児保育室おひさま TEL : 044-280-6977