

病児保育室「おひさま」利用登録票

独立行政法人地域医療機能推進機構
高岡ふしき病院

令和 年 月 日

保護者
サイン

※ID						
児 童	氏名		性別	生年月日		
	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	住所					
	〒					
	通所施設		かかりつけ医	平熱		
	保育園・幼稚園・こども園・小学校			°C		
児童の 同居家族	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟(記入例:姉4歳)					
	<input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()					
保 護 者	氏名		続柄	生年月日		
	ふりがな			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	電話番号(緊急時連絡先)					
	<input type="checkbox"/> 個人携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他()					
	勤務先名称					
保 護 者	氏名		続柄	生年月日		
	ふりがな			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	電話番号(緊急時連絡先)					
	<input type="checkbox"/> 個人携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他()					
	勤務先名称					
既往歴						
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ(ムンプス) 年 月						
<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) 年 月						
<input type="checkbox"/> 風疹(三日はしか) 年 月						
<input type="checkbox"/> 喘息(大きな発作 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 最終 年 月						
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(グイップの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 合計 回 最終 年 月						
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 年 月						
<input type="checkbox"/> その他() 年 月						
入院歴						
<input type="checkbox"/> 無 ①病名 年 月						
<input type="checkbox"/> 有 ②病名 年 月						
予防接種						
Hib(ヒブ)		1回・2回・3回・追加				
肺炎球菌		1回・2回・3回・追加				
B型肝炎		1回・2回・3回				
4種混合		1回・2回・3回・1期追加				
BCG		接種済・未接種				
水痘(水ぼうそう)		1回・2回				
MR(麻疹風疹)		1期・2期				
日本脳炎		1回・2回・追加				
3種混合		1回・2回・3回・1期追加				
ポリオ		生ワクチン 回/不活化ワクチン 回				
おたふく(ムンプス)		1回・2回				
タウウイルス		1回・2回・3回				
常用薬						
<input type="checkbox"/> 無 ①薬名						
<input type="checkbox"/> 有 ②薬名						

アレルギー					
食 物	<input type="checkbox"/> 無	ア レ ル ゲ ン	<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 大豆		
	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> いくら <input type="checkbox"/> あわび <input type="checkbox"/> いか <input type="checkbox"/> さば <input type="checkbox"/> さけ <input type="checkbox"/> くるみ <input type="checkbox"/> カシューナッツ <input type="checkbox"/> アーモンド <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> やまいも <input type="checkbox"/> まつたけ <input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> りんご <input type="checkbox"/> キウイフルーツ <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> ゼラチン(ゼリー) <input type="checkbox"/> その他()		
薬物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬名	①薬名 ②薬名		

お子さんについて					
好 き な 遊 び			性 格 等	そ の 他	発達やこだわり、癖など自由に記入して下さい

この登録票は、利用前もしくは利用時に提出し、年度毎に更新することとする。

※登録No: - 新規 更新