

病児保育すまいるーむ 登録用紙



ID :

登録

年

月

日

フリガナ				生年月日	年	月	日
お名前	男・女				歳	か月	
かかりつけ医	病院名:						
住所	〒 一 TEL ()						
メールアドレス							
緊急連絡先	① (続柄:)			通園施設	保育園(所)		
	② (続柄:)				幼稚園		
	③ (続柄:)				小学校		
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先・通学先名		勤務先TEL	職種
課税区分	課税・市民税非課税・生活保護・その他 / 門真市外在住						
生育歴	出生	週	g	血液型	妊娠中・出生時の異常	なし・あり	
	首のすわり: か月			おすわり: か月		一人歩き:	か月
発達・発育	ふつうと思う	少し気になる		わからない			
アレルギー	食物	なし・あり	:卵	乳	大豆	小麦	その他()
	その他	吸入系:ダニ	・	花粉	・	動物	・
予防接種	接種済のものに○をつけてください。 ロタ・B型肝炎・ヒブ・小児肺炎球菌・四種混合・BCG・MR・日本脳炎・水痘・おたふく						
該当する物に○をつけてください。							
既往歴	先天性異常・心臓・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全・その他()						
	病名:		発症: 歳 か月				
	通院中の医療機関名:						
	常時内服している薬:						
突発性発疹・水痘・はしか・おたふくかぜ・風しん・百日咳・川崎病・喘息・アトピー性皮膚炎							
入院歴	病名: (歳 ケ月)			病院名:			
けいれん	既往: なし・あり(熱性痙攣・無熱性けいれん)						
	初回: 歳 か月/最終: 歳 か月			合計(回)			
	ダイアップの所持:なし・あり→() °C以上で使用。2回目の指示()						
	てんかんの診断: なし・あり						
その他	性格・体質など心配なこと配慮してほしいことがあればお書き下さい。						