

令和 年度 病後児保育室利用登録票

ふりがな	男・女	生年月日	お子さんの愛称
利用児童名		H 年 月 日生	
住所 (〒 -)		自宅電話番号 () -	
		緊急連絡先 ☎ 続柄()	
保育所・園名		かかりつけ医	☎

保 護 者	父	ふりがな	母	ふりがな
		氏名		氏名
	勤務先	名称	勤務先	名称
		住所		住所
		☎ () (内線)		☎ () (内線)
	携帯番号		携帯番号	

食物・薬等アレルギー・既往歴など ※あてはまるところに レチェックまたは記入してください。

食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	□卵 □牛乳 □小麦 □その他() アナフィラキシー → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳 ヶ月) □以前食物アレルギーあり → <input type="checkbox"/> 卵 □牛乳 □小麦 □その他()
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(薬剤名) その時の症状()
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	□アトピー性皮膚炎 □アレルギー性鼻炎 □アレルギー性結膜炎 □花粉症() □動物() □その他() 治療中の薬 □内服薬 → 薬剤名() □毎日 ・ □症状がひどい時 □外用薬(ぬり薬・点鼻薬・点眼薬) → 薬剤名() □毎日 ・ □症状がひどい時
喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	□内服薬 → 薬剤名() □毎日 ・ □咳がひどい時 □吸入 → 薬剤名() □毎日 ・ □発作時 □貼り薬 → 薬剤名() □毎日 ・ □咳がひどい時
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	初回(歳 ヶ月) 最終(歳 ヶ月) これまでに () 回 座薬 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名(mg)
脱臼	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	□右ひじ(回) □左ひじ(回) □その他の部位(/ 右・左)(回)
その他病気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	病名() かかりつけ医() 治療中の薬 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名() 病名() かかりつけ医() 治療中の薬 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名()
入院	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	病名() 歳 ヶ月 病名() 歳 ヶ月
手術・縫う 抜歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	□手術 □縫う □抜歯 部位() 歳 ヶ月 その時、麻酔で異常 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
輸血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	歳 ヶ月 その時、輸血で異常 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
蜂さされ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	歳 ヶ月 これまでに () 回

備考欄 (特異体質、気になること、配慮してほしいことなどをお書き下さい。)

