

ビーンズ保育園病児保育室 利用登録票

登録児童	(ふりがな)				
	氏名		男 ・ 女		
	生年月日		H R	年	月
	住所		〒 ー		
	TEL		()		
	通所園名		TEL： ()		
	かかりつけ医		() 先生		
父	(ふりがな)				
	氏名		TEL	()	
	勤務先：		(所属)		
	TEL：		()		
母	(ふりがな)				
	氏名		TEL	()	
	勤務先：		(所属)		
	TEL：		()		
兄弟	続柄	学年	学校 ・ 通所園名		
生育歴	妊娠中の異常 無 ・ 有 ()		出生体重 g		
	出産時の異常 無 ・ 有 ()		在胎週数 週		
栄養法	母乳 / 混合 / ミルク / フォローアップミルク				
	1回量 () ml / () 時間おき				
	離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期) / 幼児食				

予防接種	インフルエンザ菌b型 (Hib)	未 ・ 済 (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)	
	小児用肺炎球菌	未 ・ 済 (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)	
	B型肝炎	未 ・ 済 (1回 ・ 2回 ・ 3回)	
	四種混合	未 ・ 済 (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)	
	ロタウイルス	未 ・ 済 (1回 ・ 2回 ・ 3回)	
	BCG	未 ・ 済	
	麻疹・風疹	未 ・ 済 (I期 ・ II期)	
	水痘	未 ・ 済 (1回 ・ 2回)	
	日本脳炎	未 ・ 済 (1回 ・ 2回 ・ 追加)	
	おたふくかぜ (任意)	未 ・ 済 (1回 ・ 2回)	
既往歴	突発性発疹 麻疹 風疹 水痘 川崎病 おたふくかぜ 百日咳 肺炎 結核 喘息 アトピー性皮膚炎 てんかん その他 ()		
	けいれん (ひきつけ) を起こしたことが [ない ・ ある]。 そのとき、熱が [あった ・ なかった]。		
	初回： 年 月 日 / 最終： 年 月 日		
	医師の指示 無 ・ 有 ※ 具体的な対応 (発熱時何°Cで連絡をしたほうがよいか、熱性けいれん時の対応について等を記入してください。)		
アレルギー	食物	無 ・ 有 ()	
	薬	無 ・ 有 ()	
	その他	無 ・ 有 ()	
	症状や制限の程度、発作時の対応などを具体的に記入下さい。 ※アレルギーがある場合はかかりつけ医の指示書を提出してください。		
排泄	おむつ / トイレ (教える ・ 教えない ・ 誘導)		
飲水	哺乳瓶 / ストロー / コップ		