

小豆島中央病院 病児・病後児保育 利用登録申込書

記入日 令和 年 月 日

登録児	ふりがな		性別			
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	平成・令和	年 月 日生	
	住所					
	電話番号					
	家族構成	計 人：構成（ ）				
	通園通学施設名	町	<input type="checkbox"/> 保育所	<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 小学校	(Tel)
	かかりつけ医		<input type="checkbox"/> 医院	<input type="checkbox"/> 病院	(Tel)	
保護者緊急連絡先	氏名		続柄		携帯電話番号	
	勤務先	(Tel)				
	ほかに緊急時につながる連絡先	氏名：	続柄：	(Tel)		
生育歴	分娩時・新生児期の異常 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		乳幼児健診での異常 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
	発育・発達について気になること (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：下に具体的に)					
予防接種歴	受けたもの、回数に✓		既往歴	かかったことのある病気に✓		
	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 三種混合 (I期： <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> Hib (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> ポリオ (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合 (<input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (I期： <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> 四種混合 (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加) <input type="checkbox"/> ロタウイルス (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) <input type="checkbox"/> HBワクチン (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 追加)			<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 気管支喘息・喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (回、最後 歳 力月) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他		
入院歴	入院したことがありますか？ ある場合は入院したときの年齢と病名をお書きください。					
	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	歳 力月：病名 ()	歳 力月：病名 ()	歳 力月：病名 ()	歳 力月：病名 ()	
常時行っている治療はありますか？						
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (具体的に)						
アレルギーはありますか？						
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 (具体的に)						
その他 (くせ、好きなこと、配慮して欲しいこと、心配なことなど)						