

あだちこども診療所 病児保育・利用登録票



利用者	氏	名	性別	(住所)	
ふりがな			男・女		
漢字			(愛称)	(生年月日) 平成 年 月 日	
			ちゃん・くん	年齢 (歳 ヶ月)	
保護者	氏	名	続柄	緊急連絡先	(電話番号)
①				① ()	
②				② ()	
③				③ ()	
通園施設について					
1、保育園・幼稚園・学校などに通園・通学している→(園、学校名：)					
2、現在、定期的な通園はしていない					
かかりつけ医について					
医療機関名 ()					
既往症について (今までにかかった病気の番号・内容に○をつけてください)					
1、突発性発疹症			11、B型肝炎(キャリアーを含む)		
2、麻疹(はしか)			12、喘息・喘息様気管支炎 {薬の服薬：毎日・不調時のみ}		
3、水痘(みずぼうそう)			13、アトピー性皮膚炎 投薬(内服薬・外用剤)		
4、風疹(三日ばしか)			14、川崎病 {心臓合併症あり・なし}		
5、咽頭結膜熱(プール熱)			15、熱性痙攣 {初回： 歳 ヶ月/最終 歳 ヶ月/回数： 回}		
6、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)			{座薬の指示：あり・なし}		
7、百日咳			16、てんかん 内服薬 ()		
8、ヘルパンギーナ・手足口病			17、食物アレルギー		
9、肺炎(マイコプラズマ・細菌・RSウイルス・他)			牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他 ()		
10、とびひ			18、その他 {具体的に： }		
予防接種について (これまでに受けた予防接種に ○をつけてください)					
1、四種混合 {Ⅰ期：1回目・2回目・3回目・追加}			5、日本脳炎 {Ⅰ期：1回目・2回目・追加・Ⅱ期}		
2、三種混合 {Ⅰ期：1回目・2回目・3回目・追加}			6、水痘(みずぼうそう) {初回・追加}		
3、ポリオ 生ワクチン {1回目・2回目}			7、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) {1回目・2回目}		
不活化ワクチン {Ⅰ期：1回目・2回目・3回目・追加}			8、インフルエンザ {直近： 年 月}		
4、麻疹・風疹(MR) {Ⅰ期・Ⅱ期}			9、その他 ()		
入院について (入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください)					
なし { 歳 ヶ月 / 病名 }					
あり { 歳 ヶ月 / 病名 }					
常時内服している薬 (常時内服している薬があれば具体的に記入してください)					
なし {具体的に： }					
あり {具体的に： }					
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことがあれば記入してください)					