病 児 保 育 室 児 童 表

登録番号 □□□□

年　　月　　日記入　　記入者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりかな 氏名			生年月日　　年　　月　　日 歳　　月	
保護者	父・氏名		（　　歳）	お子さんの愛称
	母・氏名		（　　歳）	
	自宅住所（〒　　） 自宅電話　　－　　－			
きょうだい		歳（男・女）	歳(男・女)	歳（男・女）
連絡先	父	電話	連絡先名	
	母	電話	連絡先名	
	その他	電話	連絡先名	
保育所園名			電話　　－　　－	
かかり付け医名			電話　　－　　－	

予防接種	ＢＣＧ：（済・未）	ポリオ：（１回：２回）	はしか：（済・未）	風疹：（済・未）
	MR：（Ⅰ期・Ⅱ期）	三種混合：Ⅰ期　１回目・２回目・３回目・Ⅱ期		
	水ぼうそう：（済・未）	おたふくかぜ：（済・未）	その他：（　　）	

感染症歴	突発性発疹症：	歳	はしか：	歳
	風疹：	歳	水ぼうそう：	歳
	おたふく風邪：	歳	百日咳：	歳

これまでの病気など	熱性けいれん：　なし　・　あり　（　　回）
	その他（入院したことがあったり、薬アレルギーなどもあればお書き下さい）
医療行為について	入室中に座薬の使用や吸入などの医療行為をする必要が出たときに 医療行為を受けることに　　（　同意する　・　同意しない　） 保護者氏名（　　）