

信州大学医学部附属病院 病後児保育所「あおぞら」 利用登録票

様式1

記入日(H 年 月 日) 初回年月日(H 年 月 日) 利用歴(有・無)

登録番号()

ふりがな 子どもの名前() 愛称()		の左 連記 絡以 先外	氏名() 続柄()	
生年月日(H 年 月 日) 性別(男・女) 続柄()			電話() 携帯電話()	
保 護 者	氏名() 氏名()	こ れ ま だ の 病 気	熱性痙攣 有・無 これまでの回数: 回	
	続柄() 続柄()		初回: 歳 ヶ月 最後: 歳 ヶ月	
	部局・所属() 部局・所属()		喘息 有 毎日薬を(使用・使用せず) ・ 無	
	職種・身分() 職種・身分()		喘息様気管支炎 有 吸入療法を(使用・使用せず) ・ 無	
	勤務先電話() 勤務先電話()		アトピー性皮膚炎 有(現在治療は) ・ 無	
	携帯電話() 携帯電話()		その他の病気 (具体的に)	
生年月日(年 月 日) 生年月日(年 月 日)	勤務先から本室までの所要時間 (分)	入 院 記 録	平成 年 月 病名: (歳 ヶ月)	
勤務先から本室までの所要時間 (分)	勤務先から本室までの所要時間 (分)		平成 年 月 病名: (歳 ヶ月)	
自宅住所()	自宅電話() FAX(有・無)	し 常 時 服 薬 内 服	平成 年 月 病名: (歳 ヶ月)	
通所名() 家庭医名()	妊娠中出産時の異常: 有() ・ 無		平成 年 月 病名: (歳 ヶ月)	
周産期・乳児期	出生時体重: g / 在胎: 週	除 去 食 ・ そ の 他	喘息, アトピー性皮膚炎, 痙攣等で常時服用している薬があれば, 具体的にお書き下さい。(内服時間も)	
首のすわり: ヶ月 / おすわり: ヶ月 / 一人歩き: ヶ月	栄養法: 母乳・ミルク・混合		食事において気をつけて欲しい事, 体質(薬物アレルギー等)や, 癖 等心配な事, 配慮して欲しい事を具体的にお書き下さい。	
離乳食開始時期 前期: ヶ月 中期: ヶ月 後期: ヶ月 幼児食: ヶ月	ツ反応: 歳 ヶ月(判定) / 歳 ヶ月(判定)	予 防 接 種	BCG: 未・済 *ポリオ(生ワクチン): 1回目 未・済 2回目 未・済	
*ポリオ(不活化ワクチン)単独: 1回目 未・済 2回目 未・済 3回目 未・済 I期追加 未・済	三種混合: 1回目 未・済 2回目 未・済 3回目 未・済 I期追加 未・済		*四種混合: 1回目 未・済 2回目 未・済 3回目 未・済 I期追加 未・済	
はしか: 未・済・感染済	水ぼうそう: 未・済・感染済		ほか(具体的に)	
風疹: 未・済・感染済	おたふくかぜ: 未・済・感染済			
日本脳炎: 未・済・感染済	肺炎球菌: 未・済・感染済			
Hib: 未・済・感染済				
今シーズンインフルエンザ: 未・済・感染済(型 年 月 日)				
他(具体的に)				