

信州大学医学部附属病院 病後児保育所「あおぞら」 児童登録票

記入日(年 月 日) 初回年月日(年 月 日) 利用歴(有・無) 登録番号()

ふりがな 子供の名前() 愛称() 生年月日(年 月 日) 性別(男・女) 続柄()		の左 連記 絡以 先外 氏名() 児童からみた続柄() 電話() 携帯電話() 勤務先名又は住所()	
保護者 氏名() 氏名() 続柄() 続柄() 部局・所属() 部局・所属() 職種・身分() 職種・身分() 勤務先電話() 勤務先電話() 携帯電話() 携帯電話() 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) 勤務先から本室までの所要時間(分) 自宅住所() 自宅電話() FAX(有・無)		これまでの病気 熱性痙攣 有・無 これまでの回数: 回 初回: 歳 ヶ月 最後: 歳 ヶ月 喘息 有 毎日薬を(使用・使用せず) ・無 喘息様気管支炎 有 吸入療法を(使用・使用せず) ・無 アトピー性皮膚炎 有(現在治療は) ・無 その他の病気(具体的に) 入院記録 年 月 病名: (歳 ヶ月) 年 月 病名: (歳 ヶ月) 年 月 病名: (歳 ヶ月) 年 月 病名: (歳 ヶ月)	
児童通所名() 家庭医名()		常時内服している薬 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)	
周産期・乳児期 妊娠中出産時の異常: 有() ・無 出生時体重: g / 在胎: 週 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 離乳食開始時期 前期: ヶ月 中期: ヶ月 後期: ヶ月 幼児食: ヶ月		除去食・その他 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。	
予防接種 ツ反応: 歳 ヶ月(判定) / 歳 ヶ月(判定) BCG: 未・済 ポリオ: 1回 未・済 / 2回 未・済 三種混合: 1回目 未・済 / 2回目 未・済 / 3回目 未・済 三種混合: I期追加 未・済 はしか: 未・済・感染済 水ぼうそう: 未・済・感染済 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) 他(具体的に)			