

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(西暦 年 月 日) 初回年月日(年 月 日) 利用歴(有・無)

登録番号 ()

ふりがな		左の連絡先	氏名() 続柄()	
子どもの名前() 愛称()			電話() 携帯電話()	
生年月日(西暦 年 月 日) 性別(男・女)		勤務先名又は住所()		
保護者	氏名()	氏名()	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()	職種()	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(西暦 年 月 日)	生年月日(西暦 年 月 日)	入院記録	
	勤務先から本所までの所要時間(分)	勤務先から本所までの所要時間(分)		
自宅住所()		西暦 年 月 病名: (歳 ヶ月)	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)	
学校・こども園名()	かかりつけ医・病院名()	西暦 年 月 病名: (歳 ヶ月)		
妊娠中出産時の異常: 有() ・ 無				
出生時体重: g / 在胎: 週		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。		
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				
ツ反応: 歳 ヶ月(判定) / 歳 ヶ月(判定)				
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			
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)				

※ 太線内を御記入ください。