

リバティ病児保育室「え～ら」登録票

| |
|--------------------------|
| 登録No. (クリニック診察券番号と同じ) |
|--------------------------|

※ **太枠内** を全て記入してください。

| | | | | |
|--------|-----------|-----|----------------|----------|
| (ふりがな) | | 男・女 | 愛称 | 通園・通学施設名 |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | H・R 年 月 日 | | きょうだい (お名前・年齢) | 有・無 |
| 自宅電話番号 | () - () | | | |
| 住所 | (〒 -) | | かかりつけ医院 | |
| 保護者 | (ふりがな) | 続柄 | 勤務先 | 本人携帯番号 |
| | 氏名 | | | 勤務先電話番号 |
| 保護者 | (ふりがな) | 続柄 | 勤務先 | 本人携帯番号 |
| | 氏名 | | | 勤務先電話番号 |

《お子様について》

| | | |
|-----------------|---|---|
| 出生状況 | () 週 出生体重 (g) 出生時の異常 なし・あり () | |
| 発育状態 | 発育過程においてフォローを受けている場合や、要観察の指摘を受けている場合はご記入ください | |
| 定期通院 している疾患 | なし・あり () 常備薬 () | |
| 下記以外の 入院・手術歴 | | |
| 既往歴 | これまでに かかった 大きな病気 (なし・あり) | ありの場合 → 病名 () 入院歴 (なし・あり) |
| | 熱性けいれん (なし・あり) | ありの場合 → 最終発作は () 歳 () カ月 これまでの発作の回数 |
| | アレルギー (なし・あり) | ありの場合 → 食品名 () アレルギーが出た時の対応 () |
| | その他の病気 | |
| 予防接種 | ヒブ (1 2 3 追) M R (1 2) ロタリックス (1 2) 肺炎球菌 (1 2 3 追) 水痘 (1 2) ロタテック (1 2 3) B型肝炎 (1 2 3) 日本脳炎 (1 2 追 II期) おたふく (1 2) 4種混合 (1 2 3 追) 3種混合 (1 2 3 追) BCG (未・済) 不活化ポリオ (1 2 3 追) | |