

年 月 日 記入					登録番号	
					診察券番号	
ふりがな					性別	男・女
幼児名						
生年月日	H・R	年	月	日	歳	ヶ月
					在籍保育園 在籍幼稚園	

連絡先順位	ふりがな 保護者等の氏名		※ 緊急連絡先			
			自宅 及び 携帯電話		勤務先など ※ 固定電話を記載して下さい。	
	第1	ふりがな	自宅	—	—	名称
			携帯	—	—	電話 — —
	第2	ふりがな	自宅	—	—	名称
			携帯	—	—	電話 — —
	第3	ふりがな	自宅	—	—	名称
			携帯	—	—	電話 — —

お子さんの健康状態等について、下記の該当するものに○印をお願いします。

かかりつけ医療機関名			かかりつけ医療機関 電話番号	—	—
予防接種	5種混合・4種混合	未・1回・2回・3回・追加	ロタウイルス	未	1回・2回
	B型肝炎ワクチン	未・1回・2回・3回	水痘	未	1回・2回
	肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加	おたふくかぜ	未	1回・2回
	インフルエンザ菌B型（ヒブ）	未・1回・2回・3回・追加	麻疹・風疹混合（MR）	未	1回・2回

これまでにかかった病気に○をつけてください。

既往歴	1) 突発性発疹 2) はしか 3) 風疹 4) 水痘 5) おたふくかぜ					
	6) 熱性けいれん（今までに 回発作があった。 最終発作： 年 月 日）					
	7) アトピー性皮膚炎					
	8) 喘息 現在、治療薬なし ・ 現在、治療中（ 内服薬あり ・ 吸入薬あり ）					
	9) その他の病気（ ）					
入院歴	無・有	1) 病名：（ 歳 ）		2) 病名：（ 歳 ）		
		3) 病名：（ 歳 ）		4) 病名：（ 歳 ）		
薬剤アレルギー						
食物アレルギー		（ 卵・乳・小麦・その他く ）				
その他		お子様の保育・看護上でご心配なこと、配慮してほしいことについて、具体的にご記入してください。				
※ お子様の状態が変化し、新たな医療行為が必要になることがあります。ご連絡の取れない場合、当院の医師の判断により治療を開始させていただきます。						
上記内容について同意いたします。 同意者サイン(自筆)						

※ 太線内を記入して、こひつじハウス利用当日にお持ちください