

## こひつじハウス

## 利用基本情報

年 月 日 記入				登録番号		
				診察券番号		
ふりがな				性別 男・女	お子様の愛称	
幼児名						
生年月日	H・R	年	月	日	歳 ケ月	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) 哮息	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:	( 年 )	2) 病名:	( 年 )	
		3) 病名:	( 年 )	4) 病名:	( 年 )	
薬剤アレルギー						
食物アレルギー ( 卵・乳・小麦・その他 ) )						
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