まりあ保育園　病後児保育登録票

令和　　年　　月　　日記入

ふりがな 児童名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 男・女 愛称 生年月日　平成･令和　　年　　月　　日生	通所先	Tel	かかりつけ医	病院名 Tel	
住所	〒　　－	電話	自宅 携帯(父・母)		

緊急連絡先	フリガナ 氏　　名	続柄	勤務先	電話		※優先順位
				(勤務先)		
				(携　帯)		
				(勤務先)		
				(携　帯)		
				(勤務先)		
				(携　帯)		
				(勤務先)		
				(携　帯)		

予防接種	ワクチンの種類		接種年月日	ワクチンの種類		接種年月日
	Ｂ型肝炎	1回目		ＢＣＧ		
		2回目		□四種混合 □五種混合	1回目	
		3回目			2回目	
	ロタウイルス	1回目			3回目	
	□1価(2回)	2回目			追加	
	□5価(3回)	3回目		Hib (ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌b型) ※2024.4～五種混合に含まれる	1回目	
	ＭＲ(麻疹･風疹)	1回目			2回目	
		2回目			3回目	
	水痘(みずぼうそう)	1回目			追加	
		2回目		日本脳炎	1回目	
	肺炎球菌	1回目			2回目	
		2回目			追加	
		3回目		おたふくかぜ	1回目	
		4回目			2回目	
	インフルエンザ		受けたことが　ある・ない	新型コロナ		受けたことが　ある・ない

妊娠中の状況	異常なし・異常あり(内容　　)
出産時の状況	在胎週数　(　　)週(　　)日 正常　・　帝王切開　・　吸引分娩　・　その他(　　)
出生時	異常なし　・　異常あり　(仮死　保育器使用　酸素使用 黄疸(光線療法　・　処置なし)　へその緒巻き付き その他(　　))
	出生時体重(　　g)　身長(　　cm)

※緊急連絡先は、優先順位を番号でご記入ください。１番の連絡先から順にお電話させていただきます。

※ご記入にあたってご不明な点は、お問い合わせください

既往歴(いままでにかかった病気に〇をしてください)
・ 突発性発疹 ・麻疹(はしか) ・水痘(みずぼうそう) ・ 風疹(三日ばしか) ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・ Ｂ型肝炎(キャリアーを含む) ・てんかん ・百日咳 ・ 新型コロナウイルス ・ アトピー性皮膚炎【薬やケアの方法(　　)】 ・ 川崎病　【診断日　　年　　月　　日　　歳　　ヶ月】　【心臓合併症は　あり・なし　】 ・ 脱臼／肘内障　【部位(　　)・これまで(　　)回】 　　いつ・どのように(　　) ・ その他(　　)
入院経験(入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください) 1　ない　　2　ある　　【　　歳　　ヶ月・病名　　】 【　　歳　　ヶ月・病名　　】
喘息、喘息様気管支炎　【　　歳　　カ月】 薬の服用　【　毎日　・　不調時のみ　／　薬の名前　　】
熱性けいれん【初回　歳　ヶ月、最後　歳　ヶ月、これまで　回】 屯用の座薬　【　あり　(薬の名前　　)　・　なし　】
食物アレルギー　【除去食品(　　)診断日　　年　月　日、解除日　　年　月　日】 【除去食品(　　)診断日　　年　月　日、解除日　　年　月　日】 いつ・症状は(　　) 屯用薬　【　あり　(薬の名前　　)　・　なし　】
常時服用している薬 1　ない　　2　ある　　【薬の名前・服用方法：　　】
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと配慮して欲しいことについて記入してください)

健診				
	1ヵ月健診			
	3～4ヵ月健診	(　未　・	受けた	特記事項　　)
	6～7ヵ月健診	(　未　・	受けた	特記事項　　)
	9～10ヵ月健診	(　未　・	受けた	特記事項　　)
	1歳6ヵ月健診	(　未　・	受けた	特記事項　　)
	2歳児健康相談会	(　未　・	受けた	特記事項　　)
	3歳児健診	(　未　・	受けた	特記事項　　)
	フッ化物塗布	(　未　・	直近で受けたのは　　年　　月)	