様式第1号

出雲市病児･病後児保育室利用登録票

以下の事項について記入してください。

年　　月　　日記入　　　記入者名：

登録児童

ふりがな / 氏名		男・女	生年月日　年　月　日生　歳　カ月
保育園・幼稚園・小学校名		お子さんの愛称 ( )	
かかりつけ医名			
救急搬送先	□指定なし　□島根大学医学部付属病院　□島根県立中央病院　□出雲市立総合医療センター ※状況によっては異なる医療機関へ搬送することがあります。		
自宅住所	(〒　－　)　自宅電話　((　)　－　)		

兄弟姉妹	歳（男・女）	歳（男・女）	歳（男・女）

緊急連絡先

父	ふりがな / 氏名	歳	勤務先名	
	電話番号	(　)　－	勤務時間	
母	ふりがな / 氏名	歳	勤務先名	
	電話番号	(　)　－	勤務時間	
父母以外	ふりがな / 氏名	歳	児童との続柄（　）同居・別居	
	電話番号	(　)　－	勤務先名	

食事

現在の食事をご記入ください。

・母乳　・混合　・人工　・離乳食（　）回食　・移行食　・普通食

予防接種

あてはまる項目に☑または○を記入してください。

Ｂ型肝炎	未　済（１回・２回・３回）
□五種□四種 □三種	未　済（Ⅰ期１回・２回・３回　Ⅰ期追加）
ＢＣＧ	未　済
ヒブ	未　済（Ⅰ期１回・２回・３回　Ⅰ期追加）
肺炎球菌	未　済（Ⅰ期１回・２回・３回　Ⅰ期追加）
麻疹・風疹混合	未　済（Ⅰ期　Ⅱ期）
日本脳炎	未　済（Ⅰ期１回・２回　Ⅰ期追加　Ⅱ期）
ロタウイルス	未　済（１価１回・２回）（５価１回・２回・３回
みずぼうそう	未　済（１回・２回）
おたふくかぜ	未　済（１回・２回）
その他	

既往歴

これまでかかったことのあるものに☑を記入してください。

□ 突発性発疹	□ はしか	□ 風疹
□ おたふくかぜ	□ みずぼうそう	□ 川崎病
□ 喘息	□ 中耳炎	□ 髄膜炎

□ 熱性けいれん
回数（　）回　初回年齢（　）最後年齢（　）
座薬の指示：□有　□無　　使用経験：□有　□無

その他

入院歴

□ 無し　□有り　病名：　年　月
病名：　年　月
病名：　年　月
病名：　年　月

常時内服・使用中の薬

喘息、アトピー性皮膚炎等で、常時内服・使用しているお薬があれば具体的にご記入下さい。

アレルギー

アレルギーがある場合は、内容を具体的にお書きください。

食事制限

食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。

発育・発達

出生時または発達段階で何か異常がありましたか？（有・無）
あれば具体的にご記入ください。

その他

性格や癖、その他心配なことや配慮してほしいことについて具体的にお書きください。
※お子さんのお気に入りの物や、持っていて落ち着く物がありましたら、ご相談ください。