

ID

登録番号



## 瀬戸病院病児保育もりもり保育室利用登録書

登録日 20 年 月 日  
更新日 20 年 月 日

登録 児 童	フリガナ				男・女	生年月日	20	年	月	日生
	児童氏名				愛称	年齢	歳 月			
	住所	(〒 - ) 埼玉県所沢市				電話				
	通園施設					FAX				
	かかりつけ医									
家族	フリガナ				携帯番号	名称		所在地	勤務先 ⇒ もりもり	
父	氏名	( 歳)			勤務先			時間	分	
	フリガナ					TEL	市区	電車 / 車 / その他 ( )		
母	氏名	( 歳)			勤務先			時間	分	
	フリガナ					TEL	市区	電車 / 車 / その他 ( )		
続柄	兄弟姉妹 氏名			通園施設	保護者以外で緊急時連絡が可能な方					
続柄	男女	( 歳)			続柄	氏名	所在地	連絡先		
	男女	( 歳)				( 歳)	市区	TEL		
	男女	( 歳)				( 歳)	市区	TEL		
予防 接 種	インフルエンザ菌b型(ヒブ)	1回	2回	3回	追加	麻しん・風しん	第1期	第2期		
	小児肺炎球菌	1回	2回	3回	追加	水痘	1回	2回		
	B型肝炎	1回	2回	3回		日本脳炎	1回	2回	第1期追加	第2期
	ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ・ヒブ (五種混合)	1回	2回	3回	第1期追加	ロタウイルス	1回	2回	3回	
	四種混合	1回	2回	3回	第1期追加	おたふくかぜ	1回	2回		
	BCG	1回					コロナワクチン	1回	2回	3回
成 育 歴	出生時の異常 なし・あり ( )				生まれつきの病気 なし・あり ( )					
既 往 歴 ・ 持 病 な ど	今までにかかった病気 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 その他					<input type="checkbox"/> 喘息 内服 ( ) 吸入 ( )				
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん ( )					最終 年 月 ( 歳 月)				
	内服 ( ) 軟膏 ( )					<input type="checkbox"/> てんかん				
	<input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 加配・特別支援学級など <input type="checkbox"/> 発達支援(施設名)					病名 年 月 病院名				
ア レ ル ギ ー	<input type="checkbox"/> なし					経過観察 なし・あり				
	<input type="checkbox"/> あり ( ) 症状 ( )					<input type="checkbox"/> 常用薬				
児 童 の 姿	食事			排泄		睡眠		配慮してほしい事・好きな遊び等		
	母乳・ミルク・離乳食・普通食			オムツ・トレーニング中・パンツ		お昼寝 (する・しない) ( : ~ : )				