



# 病児保育スマイルケアルーム事前登録票



登録番号		受付者		受付日		記入日： 年 月 日						
				月 日								
登録 児童	氏名(フリガナ)		愛称		性別		生年月日					
					男・女		年 月 日生					
							( 歳 か月)					
	自宅住所											
	自宅電話番号				通園・通学施設名							
かかりつけ医		医療機関名：			担当医：			先生				
保護 者 緊急 連絡 先	氏名(フリガナ)		続柄		携帯電話		勤務先					
							( ) -					
	氏名(フリガナ)		続柄		携帯電話		勤務先					
							( ) -					
	氏名(フリガナ)		続柄		携帯電話		勤務先					
							( ) -					
予防 接種 (ワクチン)	B型肝炎		<input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回		<input type="checkbox"/> 3回					
	Hib		<input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回		<input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加					
	小児用肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回		<input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加					
	ロタウイルス		1価 <input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回							
			または 5価 <input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回		<input type="checkbox"/> 3回					
	百日咳・ジフテリア・ 破傷風・ポリオ		四種混合DPT - IPV		<input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回		<input type="checkbox"/> 3回		<input type="checkbox"/> 追加	
			または三種混合DPT		<input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回		<input type="checkbox"/> 3回		<input type="checkbox"/> 追加	
			ポリオ		<input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回		<input type="checkbox"/> 3回		<input type="checkbox"/> 追加	
	BCG		<input type="checkbox"/> 済									
	はしか(麻疹)・風疹		MR(麻疹・風疹)		<input type="checkbox"/> 1期		<input type="checkbox"/> 2期					
	水痘		<input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回							
	おたふくかぜ		<input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回							
	日本脳炎		<input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回		<input type="checkbox"/> 追加		<input type="checkbox"/> 2期(9歳から)			
インフルエンザ		<input type="checkbox"/> 1回		<input type="checkbox"/> 2回		(最終接種日 年 月 日)						
か か っ た こ と の あ る 病 気	熱性けいれん		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		これまでの回数		回					
			初回		歳		か月		最後		歳 か月	
			医師の指示									
	アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		詳細							
			症状									
			制限									
	先天性疾患		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		詳細		水痘		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
発達障害		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		詳細		おたふく		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
病名①						歳		か月		<input type="checkbox"/> 入院		
病名②						歳		か月		<input type="checkbox"/> 入院		
薬	常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)あれば、具体的にお書きください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり											
他	体質(薬物アレルギー等)や、心配な事、配慮してほしい事について具体的にお書きください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり											