

ID:

きらきらこどもクリニック

No.

病児保育室「ほかほか」登録票

記入日 年 月 日

年度有効 【年度ごとに登録更新必要】 ※登録料徴収は初回利用時のみ

ふりがな				性別 男・女	生年月日 H・R 年 月 日	年齢 歳 カ月	平熱 ℃
お名前							
ご家庭での呼び方				住所			
第1 連絡先	氏名 続柄			第2 連絡先	氏名 続柄		
	携帯番号				携帯番号		
	勤務先名				勤務先名		
	勤務先 電話番号				勤務先 電話番号		

幼稚園 保育園 小学校	通っている：園名又は学校名 () 通っていない	かかりつけ医	
兄弟・姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)

病歴	【これまでにかかった主な感染症や病気を○で囲んでください】		
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時のみ治療) <input type="checkbox"/> 脱臼 → 部位 () 回数 (回) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん : 初回 歳 カ月 直近 歳 カ月 <input type="checkbox"/> その他の病気 (具体的に) <hr/>		

入院歴	なし・あり：病名 () 歳 カ月
	なし・あり：病名 () 歳 カ月

常時内服している薬	なし・あり：(具体的に) <hr/>
-----------	-----------------------

アレルギー	食品アレルギー	なし・あり (除去食品)
	薬品アレルギー	なし・あり (制限薬品名)
	その他のアレルギー	なし・あり ()

発育・発達について	お子さんの発育・発達などで対応に困っていることがありましたらご記入ください。 ()	
	現在、発達について相談機関や医療機関に相談又は利用をしていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → [<input type="checkbox"/> 医療機関 () <input type="checkbox"/> 子ども療育センター <input type="checkbox"/> その他 ()] ↓ お預かりの際に気をつけて欲しいことを記入してください。 ()	

性格	お子さんの性格に当てはまる所に○を書いてください。 (活発 ・ 人見知り ・ 内向的 ・ 好奇心旺盛 ・ 優しい ・ マイペース) (慎重 ・ 負けず嫌い ・ かんしゃくが強い ・ 気持ちの切り替えが苦手)
----	---

その他	今興味のあるもの 好きなおもちゃ、遊びやキャラクター、TV番組など ()
-----	--