

浜松医科大学附属病院 病児病後児保育室ふわり 児童登録票

申込日 令和 年 月 日		家族番号			
		個人番号			
ふりがな		愛称	性別 男・女		
登録児童氏名					
生年月日	平成・令和 年 月 日 歳 カ月				
自宅住所	〒 ー 市 区				
通園・通学施設名	保育園 幼稚園 こども園 小学校				
かかりつけ医療機関	病院 クリニック				先生
	病院 クリニック				先生
これまでの病気	アレルギー	□なし □あり アレルギー詳細 ()			
	気管支喘息	□なし □あり 最終発作 年 月 歳 カ月 治療中のくすり ()			
	アトピー性皮膚炎	□なし □あり 治療中のくすり ()			
	熱性けいれん	□なし □あり 最終発作 年 月 歳 カ月 (計 回) 治療中のくすり ()			
	てんかん	□なし □あり 最終発作 年 月 歳 カ月 (計 回) 治療中のくすり ()			
	入院・手術歴	□なし □あり 歳 カ月 病名 () 歳 カ月 病名 () 歳 カ月 病名 ()			
	発達上配慮を要すること				
予防接種 <small>追加・変更点は赤字で記載する。</small>	四種混合 (DPT-IPV)	1回	2回	3回	4回
	二種混合 (DT)	未接種	接種済み		
	BCG	未接種	接種済み		
	Hib	1回	2回	3回	4回
	肺炎球菌	1回	2回	3回	4回
	B型肝炎	1回	2回	3回	
	ロタウイルス	1回	2回	3回	
	日本脳炎	1回	2回	3回	4回
	麻疹・風疹 (MR)	1回	2回		感染済み 歳
	水痘 (水ぼうそう)	1回	2回		感染済み 歳
	おたふくかぜ (任意)	1回	2回		感染済み 歳
保育室に知ってほしいこと等あればご記入下さい。					