

大府あおぞら有床クリニック病児保育利用登録票

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|-------|-----------|----|-------|---------|--------------|------------------|------------|-------------|------------|-------------|-----------|-----------------|------------------|---------------|---------|--------|-----------|
| 利用 児童 状況 | 児童氏名 | 性別 | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | 男 ・ 女 | 平成 | 年 | 月 日 生 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 歳 | か月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通園等状況 | (施設名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 保育園等を利用・小学校に通学・自宅保育 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保 護 者 状 況 | 氏 名 | 続 柄 | 緊 急 連 絡 先 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | 電話 | — | — | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 携帯電話 | — | — | | | | | | | | | | | | | | |
| | 自宅住所 〒 — | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>これまでにかかった主な感染症・病気</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 突発性発疹</td> <td style="width: 50%;">8 喘息・喘息性気管支炎</td> </tr> <tr> <td>2 麻疹(はしか)</td> <td>9 アトピー性皮膚炎</td> </tr> <tr> <td>3 風疹</td> <td>10 食物アレルギー</td> </tr> <tr> <td>4 水痘(水ぼうそう)</td> <td>11 熱性けいれん</td> </tr> <tr> <td>5 流行性耳下腺炎(おたふく)</td> <td style="text-align: right;">(初回 歳 か月、これまで 回)</td> </tr> <tr> <td>6 咽頭結膜熱(プール熱)</td> <td>12 てんかん</td> </tr> <tr> <td>7 百日せき</td> <td>13 その他()</td> </tr> </table> | | | | | | 1 突発性発疹 | 8 喘息・喘息性気管支炎 | 2 麻疹(はしか) | 9 アトピー性皮膚炎 | 3 風疹 | 10 食物アレルギー | 4 水痘(水ぼうそう) | 11 熱性けいれん | 5 流行性耳下腺炎(おたふく) | (初回 歳 か月、これまで 回) | 6 咽頭結膜熱(プール熱) | 12 てんかん | 7 百日せき | 13 その他() |
| 1 突発性発疹 | 8 喘息・喘息性気管支炎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 麻疹(はしか) | 9 アトピー性皮膚炎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 風疹 | 10 食物アレルギー | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 水痘(水ぼうそう) | 11 熱性けいれん | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 流行性耳下腺炎(おたふく) | (初回 歳 か月、これまで 回) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 咽頭結膜熱(プール熱) | 12 てんかん | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 百日せき | 13 その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>入院の経験</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 ない</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>2 ある (歳 か月、病名)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(歳 か月、病名)</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | 1 ない | | 2 ある (歳 か月、病名) | | (歳 か月、病名) | | | | | | | | | |
| 1 ない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 ある (歳 か月、病名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (歳 か月、病名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>常時服用している薬</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 ない</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>2 ある 具体的に()</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | 1 ない | | 2 ある 具体的に() | | | | | | | | | | | |
| 1 ない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 ある 具体的に() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>食事制限</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 ない</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>2 ある 具体的に()</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | 1 ない | | 2 ある 具体的に() | | | | | | | | | | | |
| 1 ない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 ある 具体的に() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>解熱剤や抗けいれん剤(ダイアップ坐剤)の使用は大府あおぞら有床クリニックの医師の判断におまかせします</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名 印</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |