

年 月 日 記入				登録番号		
				診察券番号		
ふりがな				性別	男・女	
幼児名						お子様の愛称
生年月日	H・R	年	月	日	歳	ヶ月
				在籍保育園	在籍幼稚園	

連絡先順位	ふりがな 保護者等の氏名	※ 緊急連絡先	
		自宅 及び 携帯電話	勤務先など ※ 固定電話を記載して下さい。
第1	ふりがな	自宅	名称
		携帯電話	電話
第2	ふりがな	自宅	名称
		携帯電話	電話
第3	ふりがな	自宅	名称
		携帯電話	電話

お子さんの健康状態等について、下記の該当するものに○印をお願いします。

かかりつけ医療機関名		かかりつけ医療機関 電話番号	-	-
予防接種	4種混合・3種混合	未・1回・2回・3回・追加	ロタウイルス	未・1回・2回
	B型肝炎ワクチン	未・1回・2回・3回	水痘	未・1回・2回
	肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加	おたふくかぜ	未・1回・2回
	インフルエンザ菌B型(ヒブ)	未・1回・2回・3回・追加	麻疹・風疹混合(MR)	未・1回・2回

これまでにかかった病気に○をつけてください。

既往歴	1) 突発性発疹	2) はしか	3) 風疹	4) 水痘	5) おたふくかぜ
	6) 熱性けいれん (今までに 回発作があった。 最終発作: 年 月 日)				
	7) アトピー性皮膚炎				
	8) 喘息 現在、治療薬なし ・ 現在、治療中(内服薬あり ・ 吸入薬あり)				
	9) その他の病気 ()				
入院歴	無・有	1) 病名: (歳)	2) 病名: (歳)		
		3) 病名: (歳)	4) 病名: (歳)		
薬剤アレルギー					
食物アレルギー	(卵・乳・小麦・その他く)				
その他	お子様の保育・看護上でご心配なこと、配慮してほしいことについて、具体的にご記入してください。				

※ お子様の状態が変化し、新たな医療行為が必要になることがあります。ご連絡の取れない場合、当院の医師の判断により治療を開始させていただきます。

上記内容について同意いたします。

同意者サイン(自筆)

※ 太線内を記入して、こひつじハウス利用当日にお持ちください