

# ちぎら医院病児保育室ラビットルーム 利用児基本情報

太枠内を全て記入し、初回利用時にお持ちください

記入日	西暦	年	月	日	登録番号	_____
(ふりがな) 児童氏名	( )			(性別) 男・女	通所している園等名称	_____
生年月日	西暦	年	月	日	かかりつけ医療機関	_____
自宅住所	〒 _____					

※緊急連絡先は可能な限り、2つ以上記入してください。在宅勤務等を問わず、勤務先の電話番号がある方は必ずご記入ください。

緊急連絡先	保護者①	氏名	_____	勤務先	名称	_____
		携帯番号	_____		固定電話	_____
		続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )		携帯	_____
	保護者②	氏名	_____	勤務先	名称	_____
		携帯番号	_____		固定電話	_____
		続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )		携帯	_____
	保護者③	氏名	_____	勤務先	名称	_____
		携帯番号	_____		固定電話	_____
		続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )		携帯	_____

これまでに接種した予防接種の回数に ○ を付けて下さい。

インフルエンザ菌B型(ヒブ)	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	麻疹・風疹混合(MR)	1回 ・ 2回
小児肺炎球菌	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	水痘	1回 ・ 2回
B型肝炎	1回 ・ 2回 ・ 3回	□タウウイルス	1回 ・ 2回 ・ 3回
四種混合・三種混合	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	おたふくかぜ	1回 ・ 2回

既往歴について、これまでに罹ったことのある病気に ○ を付けて下さい

既往歴	1. 突発性発疹	2. RSウイルス	3. 麻疹	4. 風疹	5. 水痘	6. おたふくかぜ
	8. 熱性けいれん(過去に 回)(最終発作 西暦 年 月頃)(抗けいれん薬の指示: 有 ・ 無 )					
	9. 新型コロナウイルス(西暦 年 月頃) 10. その他( )					

入院歴	<input type="checkbox"/> あり	病名( ) (西暦 年 月頃 日間入院)
	<input type="checkbox"/> なし	病名( ) (西暦 年 月頃 日間入院)

喘息 アトピー	<input type="checkbox"/> あり	1. 喘息 ( 現在、治療薬を使用している ・ 治療はしていない )
	<input type="checkbox"/> なし	2. アトピー性皮膚炎 ( 現在、治療薬を使用している ・ 治療はしていない )

常用薬	<input type="checkbox"/> あり	薬の名前( ) ( ) 使用理由
	<input type="checkbox"/> なし	薬の名前( ) ( ) 使用理由

薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬の種類や名前( )
---------	--

※お子さまの状態が変化し、新たな医療行為が必要になることがあります。ご連絡が取れない場合、当院の医師の判断により治療を開始します。

上記の内容に同意いたします。 同意者サイン(自署) \_\_\_\_\_