

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					
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 - -
第2	ふりがな		自宅	-	名称
			携帯	-	電話 - -
第3	ふりがな		自宅	-	名称
			携帯	-	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	5種混合・4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 ())			
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