病児児童票20180526

# 滋賀医科大学　病児保育室利用登録票

感染症・予防接種・電話番号など内容に変更のあった時は、利用時にその旨お伝えください。

登 録 番 号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 愛 称 | | |  | | | | | |
| お子さま氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | | | | | | | | | 緊急連絡先 | | |  | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | 年度内初回利用日 | | | 年 月 日 | | | | | |
| 出生・出産  について | | 自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他【 】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出生時体重 | | ｇ | | | | | | | | | | 妊娠週数 | | 週 日 | | | | | |
| 発達  について | | 首のすわり | | ヶ月 | | | | おすわり | | | | ヶ月 | | つかまり立ち | | ヶ月 | | ひとり歩き | | | ヶ月 |
| 寝返り | | ヶ月 | | | | ハイハイ | | | | ヶ月 | | つたい歩き | | ヶ月 | |  | | | |
| 先天性の  病気・  既往病 | | 病 名 | | | | | | | | | | | | | | 年 齢 | | | 入 院 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 歳 ヶ月 | | | 無 ・ 有 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 歳 ヶ月 | | | 無 ・ 有 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 歳 ヶ月 | | | 無 ・ 有 | | |
| 熱 性  けいれん | | 無 ・ 有 | | 回 | | | | | | | | | | 初　回 | | | | 歳 ヶ月 | | | |
| 最　後 | | | | 歳 ヶ月 | | | |
| 対 処 法 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー | | 食　物 | | 無 ・ 有 【 】 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬 | | 無 ・ 有 【 】 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 環　境 | | 無 ・ 有 【 】 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 常用薬 | | 内服薬 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外用薬 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 吸入薬 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考（薬の飲ませ方等）等） | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活習慣 | | 排便について | | | | 知らせる ・ 知らせる時もある ・ 知らせない | | | | | | | | | | | | 回 数 | | 回 | |
| サイン | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 排尿について | | | | 知らせる ・ 知らせる時もある ・ 知らせない | | | | | | | | | | | | 回 数 | | 回 | |
| サイン | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 衣服着脱 | | | | 着替えさせる ・ 手伝いながら自分でできる ・全て自分でできる | | | | | | | | | | | | | | | |
| 昼寝について | | | | 時 間 | | | | | ： ～ ： | | | | 睡眠時のクセ | |  | | | | |
| 睡眠時間について | | | | 規則的 【 ： ～ ： 】 ・ 不規則 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人見知りについて | | | | とてもする ・ 少しする ・ あまりしない ・ 全くしない | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好きな遊び | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 好きなおもちゃ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者から見た性格 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他配慮事項 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 感染症 | | はしか | | | | | 未 ・ 済 | | | | | | | 突発性発疹 | | | | 未 ・ 済 | | | |
| 水疱瘡 | | | | | 未 ・ 済 | | | | | | | 百日咳 | | | | 未 ・ 済 | | | |
| おたふくかぜ | | | | | 未 ・ 済 | | | | | | | B型肝炎 | | | | 未 ・ 済 | | | |
| 風 疹 | | | | | 未 ・ 済 | | | | | | | その他 | | | | 未 ・ 済 【　　　　】 　　（ ） | | | |
| 予防接種実施年月日 ※母子手帳を確認の上ご記入下さい。※母子手帳のコピーでも可能です。 | | | | | | | | | | | | | | | 特記事項  （今までにかかった病気や感染病等、持病・アレルギー等は詳細に記載のこと） | | | | | | |
| 四種混合 | 麻疹・風疹 | | 日本脳炎 | | ヒブ | | | | | BCG | | | 小児肺炎球菌 | |
|  |  | |  | | (+｜) | | | | |  | | |  | |
| 水痘 | B型肝炎（HBV） | | おたふく | | インフルエンザ | | | | | ロタウイルス | | | A型肺炎 | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | | |  | |