

--	--	--	--	--	--	--	--

あざみ野病児保育室 登録票

記入日 年 月 日

保護者

氏名	続柄	勤務先 住所（番地なし）	緊急連絡先
ふりがな 氏名		名称 住所	携帯 勤務先
ふりがな 氏名		名称 住所	携帯 勤務先

利用者

ふりがな 氏名	性別 男 女	年 月 日生 (歳 か月)	通園（学）施設名 (区)
住所 区	減免のある方のみ 生活保護/市民税非課税/ひとり親		

★予防接種 MR ワクチン（麻しん風しん）1回目接種日（ 年 月 日）

以下の項目について該当する病気や症状がある場合、記入してください。

	病気・症状など	発症（診断）年月及び現状	保育室との確認欄
1	出生時の異常	病名（ ）	
2	喘息 喘息様気管支炎	最終発作 年 月（ 歳 か月） 内服薬：毎日・不調時のみ 吸入：毎日・不調時のみ	
3	アトピー性皮膚炎	年 月（ 歳 か月） 内服薬：毎日・不調時のみ 外用薬：毎日・不調時のみ	
4	川崎病	年 月（ 歳 か月） 心臓合併症：なし あり（ ）	
5	熱性けいれん (これまで 回)	初回 年 月（ 歳 か月） 最後 年 月（ 歳 か月） 抗けいれん剤の指示：なし あり 薬剤名（ ） 指示内容（ ℃以上で与薬する）	
6	てんかん	年 月（ 歳 か月） 発作の頻度 回/月 回/年 内服薬：なし あり（ ）	
7	食物アレルギー	年 月（ 歳 か月） 食材名：牛乳 卵 小麦 大豆 その他（ ） アナフィラキシー：なし あり 1・2・3・4・5	
8	薬物アレルギー	年 月（ 歳 か月） 薬剤名（ ）	
9	入院	年 月（ 歳 か月） 病名（ ）	
10	その他配慮が必要な点		