

病児・病後児保育室事前登録申込書

登録番号

年 月 日記入

旭川医科大学病児・病後児保育室長 殿

申請者氏名

⑩

登録児童	ふりがな 子どもの名前		愛称	性別	生年月日
				男 女	・ ・ (歳 ヶ月)
	旭川医科大学病院診察券 ID番号				IDなし
	自宅住所 (〒 -)				
	自宅電話 FAX				
	通園・通学施設名		() 保育園・幼稚園 () 小学校 年生		
かかりつけ医		() 医院・病院・クリニック () 先生			
保護者・緊急連絡先	続柄	氏名	勤務先又は部署・所属	勤務先電話	携帯電話
出生時の異常		有()・無	発育・発達状況	ふつう・少し遅れている・わからない	
予防接種	三種混合・四種混合		未・済 (I期 1回、2回、3回、I期追加)		
	BCG	未・済		経口生ポリオ	未・済 (1回 2回)
	Hib	未・済 (1回 2回 3回 4回)		MR	未・済 (1回 2回)
	肺炎球菌	未・済 (1回 2回 3回 4回)			感染済 (麻疹 風疹)
水ぼうそう	未・済 (1回 2回) 感染済		おたふくかぜ	未・済 (1回 2回) 感染済	
これまでの病気	熱性けいれん	無・有 これまでの回数 回 最後: 歳 ヶ月			
	喘息	有(継続治療中、悪化時治療)・無			
	喘息様気管支炎	治療内容: 内服、吸入			
	アトピー性皮膚炎	有(現在治療中)・無			
入院歴	年 月 病名:		(歳 ヶ月)		
	年 月 病名:		(歳 ヶ月)		
食物アレルギー	無・有	具体的な品名をお書きください			
常時内服している薬	無・有	具体的な薬名・内服時間をお書きください			
その他	体質(薬物アレルギー)や癖、心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい				