

登録用紙

登録日 年 月 日

フリガナ			生年月日	(西暦) 年 月 日		
お名前	男	住所	〒	歳	ヶ月	
(愛称)	女					
	()	電話番号	TEL			
保育園 小学校	保育園(所) 幼稚園 小学校	携帯番号	TEL ()			
すみれ病院カルテ(小児科)	有 ・ 無	かかりつけ医	病院名: TEL			
大阪旭こども病院カルテ	有 ・ 無					
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先・通学先名	勤務先TEL	職業
課税区分	課税 ・ 課税ひとり親 ・ 所得税非課税 ・ 所得税非課税ひとり親 ・ 市民税非課税 ・ 生活保護 ・ 大阪市外					
生育歴	出生	週	g	血液型	型	
※当てはまる項目に○をつけてください						
発育・発達	ふつうと思う ・ 少し気になる ・ わからない					
予防接種	ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・ロタウイルス・BCG・四種混合・五種混合・MR・水痘・おたふく・日本脳炎					
既往歴	突発性発疹・はしか・風疹・水痘・おたふくかぜ・百日咳・川崎病					
	入院歴: 病名 (歳 ヶ月) 病名: (歳 ヶ月)					
	先天異常・心臓・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全等・その他() 病名: 歳 ヶ月 継続医療機関名:					
アレルギー	食物	卵 牛乳 大豆 小麦 その他()				
		未摂取・避けてほしい食品()				
	吸入系	ダニ 花粉 動物() その他()				
	喘息	飲み薬() 吸入() 発作時()				
薬物アレルギー	薬剤名() 症状()					
けいれん	けいれんを起こしたことはありますか? いいえ ・ はい → 熱性 ・ 無熱性					
	てんかんを起こしたことはありますか? いいえ ・ はい					
	初回(歳 ヶ月) 最後(歳 ヶ月)					
	発熱時の対応() けいれん時の対応()					
その他	特に心配な事、配慮してほしい事などあればお書きください ()					

※提出は各自、各施設にご提出ください