病児保育キッズルームこぐま利用登録書

（〇印をつけるか、記入をしてください。わからないところは、無記入でも結構です。）

記入日　年　月　日

ふりがな		平成　年　月　日生	男・女	愛称	
氏　名		歳　カ月			
緊急連絡先	第1　連絡先（　　）　TEL（　－　－　）				
	第2　連絡先（　　）　TEL（　－　－　）				
	第3　連絡先（　　）　TEL（　－　－　）				
家族構成	父　母　兄（　歳）姉（　歳）妹（　歳）弟（　歳）祖父　祖母				

●妊娠中・出生時・乳児期の状況

・生まれたときの　体重（　　g）　在胎週数（　　週）

・出産時、異常がありましたか　（いいえ　・　はい）

はいの場合、どのような異常でしたか（　　）

・新生児期に問題はありましたか　（いいえ　・　はい）

はいの場合、どのような問題でした　（　　）

・同年齢の子どもに比べて、発達、発育に遅れがありますか　（いいえ　・　はい）

はいの場合、どのような遅れでしたか　（　　）

●既往歴

麻疹　風疹　おたふくかぜ　水ぼうそう　百日咳　喘息　中耳炎　アレルギー性皮膚炎　ひきつけ

・その他、大きな病気をしたことがありますか　（いいえ　・　はい）

はいの場合、どのような病気でしたか

（　　）

●入院歴　なし　あり（　　）

●予防接種　（予防接種済のものに、〇をしてください）

BCG　ポリオ（1 回目）　ポリオ（2 回目）

三種混合（1 期　1回目　2回目　3回目　）（1期追加）

麻疹・風疹混合（MR）1期　麻疹・風疹混合（MR）2期　麻疹（はしか）　風疹（三日ばしか）

日本脳炎（1 期　1回目　2回目　）（1期追加）

流行性耳下腺炎（おたふく）　水痘（水ぼうそう）

●アレルギーについて

薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか。　いいえ・はい（　　）

食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか。　いいえ・はい（　　）

「はい」の方で食事制限を受けている物がありますか。（　　）

●その他

好きな食べ物（　　）　嫌いな食べ物（　　）

好きな遊びは（　　）　その他お子さんの癖は（　　）

●解熱剤の使用について

・希望する（　　℃以上になったら使って欲しい）　・熱があっても、元気があれば使用しないで欲しい

・極力、使用しないで欲しい　・病児保育室の判断に任せる

何か気になること、心配なことがあればお書きください