

児童登録票(様式1)

登録番号()

記入日(年 月 日)		利用歴(有 ・ 無)	
お子さんの名前(ふりがな)		愛称()	
生年月日(年 月 日) (歳) 性別(男 ・ 女) 続柄()			
保護者	氏名(ふりがな)		氏名(ふりがな)
	部局・所属		部局・所属
	職名等		職名等
	勤務先電話		勤務先電話
	携帯電話		携帯電話
自宅住所			
自宅電話			
健康保険証記号番号			
保育所等名		電話()	
かかりつけ医名		電話()	
妊娠・出産の状況			
妊娠中: 順調 ・ 異常あり			
妊娠期間: 週 , 出生時体重 g			
出産: 異常 なし あり , 帝王切開 ・ 難産			
特別な所見(子): なし あり (具体的に記入)			
発達の状況			
発達の異常: なし ・ あり ()			
栄養法: 母乳 ・ ミルク ・ 混合 離乳食(初期 月, 中期 月, 後期 月) 幼児食			
予防接種の状況			
BCG		未接種 ・ 済	
()種混合 第1期	初回	1回目	未接種 ・ 済
		2回目	未接種 ・ 済
		3回目	未接種 ・ 済
	追加	未接種 ・ 済	
日本脳炎 第1期	初回	1回目	未接種 ・ 済
		2回目	未接種 ・ 済
	追加	未接種 ・ 済	

麻しん・風しん混合	未接種 ・ 済(第1期 ・ 第2期)
Hib感染症	未接種 ・ 済(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回)接種開始年齢(歳 月)
肺炎球菌感染症	未接種 ・ 済(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回)接種開始年齢(歳 月)
水痘	未接種 ・ 済(1回 ・ 2回) / 罹患 (いつ頃)
B型肝炎	未接種 ・ 済(1回 ・ 2回 ・ 3回)
ロタウイルス	未接種 ・ 済(1回 ・ 2回 ・ 3回)
おたふくかぜ	未接種 ・ 済(1回 ・ 2回) / 罹患 (いつ頃)

これまでの病気の状況等

熱性けいれん	なし ・ あり (いつ頃: , これまでの回数:)
気管支喘息	なし ・ あり (具体的に記入)
アトピー性皮膚炎	なし ・ あり (具体的に記入)
反復性中耳炎 ・扁桃腺炎	なし ・ あり (具体的に記入)
その他の病気 ・体質(具体的に)	なし ・ あり (具体的に記入)
入院の経験	なし ・ あり (具体的に記入)
医師の処方による 常用の薬	なし ・ あり (具体的に記入)
使用できない薬の 種類	なし ・ あり (具体的に記入)
食事制限	なし ・ あり (具体的に記入)
かかりやすい病気	下痢・便秘・かぜ・気管支炎・ジンマシン・自家中毒・()
上記病気のと看自宅 でしている応急処置	

貴施設に預けている上記子供の病態が変化した場合の措置として、私及び私の代理人が迎えに来ることができない場合には、秋田大学医学部附属病院で受診することに同意します。

年 月 日

保護者氏名

印