

登録番号	—	—	カルテ番号	
	—	—		
	—	—		
	—	—		

新潟市病児デイサービス事業 事前登録票

(宛先) 新潟市長

平成 年 月 日

市内全ての病児デイサービス施設で利用を可能とするため、本登録票の情報を全施設で共有することに同意します。

(申込者)氏名

※太線内に記入してください

登録児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日
	児童氏名			男 女	H . . (歳 カ月)
	自宅住所	〒 (—)			
	自宅電話				
	通園施設名	() 保育園・幼稚園・小学校			
	かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生			
緊急連絡先	父	氏名:	氏名:		
		勤務先名:	勤務先名:		
	母	勤務先電話:	勤務先電話:		
		携帯電話:	携帯電話:		
新生児期	出生児の異常 (有・無)	発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない		
予防接種	B型肝炎	受けた・受けていない	MR(麻疹・風疹混合)	1期・2期	
	ロタウイルス	受けた・受けていない	水ぼうそう	受けた・受けていない	
	小児用肺炎球菌	受けた・受けていない	おたふくかぜ	受けた・受けていない	
	ヒブ	受けた・受けていない	日本脳炎	1期初回・1期追加	
	四種混合	受けた(11回 2回 3回 1期追加)・受けていない	はしか(麻疹)・風疹	受けた・受けていない	
	BCG	受けた・受けていない			
	三種混合	受けた・受けていない			
	ポリオ	受けた・受けていない			
これまでにかかった主な感染症や病気 有 : かかった病気に○をつけてください ・ 無					
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう(いつ 年 月) 5. おたふくかぜ(いつ 年 月)					
6. 熱性けいれん(回数 回) (最後はいつ 年 月 日) (座薬の指示 有・無)					
7. アトピー性皮膚炎					
8. 喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ)					
9. その他()					
入院したこと	ない・ある (病名: 歳 カ月) (病名: 歳 カ月)				
常時服用している薬	ない・ある(具体的に:)				
食事制限	ない・ある(具体的に:)				
その他	体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください				
受付日	. .	受付施設		処理	