

まつしま病院 一時保育室 登録票

※太枠内をご記入ください

保護者名

登録 児童	ふりがな		性別	生 年 月 日
	氏 名		男 女	年 月 日 (歳 か月)
	自宅住所：(〒 -)	東京都	区	
	電話番号：	()		
	通園施設名	()	保育園・幼稚園・認定こども園・小学校	
かかりつけ医		電話	()	
既往歴（今までにかかった病気の番号に○と【 】に内容を書いてください）				
1 突発性発疹症	7 喘息・喘息性気管支炎	【毎日薬を飲んでいる・発作時だけ・飲んでいない】		
2 麻疹（はしか）	8 熱性けいれん	【初回 歳 か月・最後 歳 か月・これまで 回】		
3 風疹（三日ばしか）		【坐薬の指示 なし・あり】		
4 水ぼうそう		家族の熱性痙攣既往歴 なし・あり【父・母・ 】		
5 おたふくかぜ	9 アレルギー食物	【卵・乳製品・小麦・大豆・その他 】		
6 アトピー性皮膚炎		その他【ハウスダスト・ダニ・スギ】 食事制限 無・有()		
入院歴	なし・あり (歳 か月：病名)	(歳 か月：病名)		
常時使用している薬	なし・あり (病名	薬の名前	1日	回)
その他（先天性疾患、心配なこと、配慮してほしい事について記入してください）				

利用記録（保育士記入欄）

利用日	利用時間	1日の様子 申し送り事項等
年 月 日	: ~ :	
年 月 日	: ~ :	
年 月 日	: ~ :	
年 月 日	: ~ :	