

ラビットルーム 利用児基本情報

年 月 日記入

登録番号

登録 幼児	幼児氏名		性別	愛称	生年月日
	ふりがな		男 女		年 月 日
自宅住所	(〒 -)				
連絡先	氏名		続柄	連絡先電話番号	
	①				
	②				
	③				
予防接種	Hib	受けてない・受けた	麻疹・風疹	受けてない・受けた	
	肺炎球菌	受けてない・受けた	水ぼうそう	受けてない・受けた	
	ロタウイルス	受けてない・受けた	おたふくかぜ	受けてない・受けた	
☆ これまでにかかった病気に○を付けてください。					
1、麻疹		5、熱性痙攣	入院経験	ない・ある	
2、風疹		6、その他		(病名：)	
3、水ぼうそう		()		(病名：)	
4、おたふくかぜ				(病名：)	
☆ 薬物アレルギー ない・ある (具体的に：)			常用して いる薬	ない・ある	
☆ 食事制限 ない・ある (具体的に：)				(具体的に：)	
その他	体質や癖など保育看護上で心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。				
確認事項	与薬・ネブライザー・坐薬等を必要とする場合、ご連絡が取れない時は当院ドクターによる判断にゆだねますか。(どちらかに○を付けてください)				
	はい・いいえ				

初回利用時にお持ちください。