

ちぎら医院病児保育室ラビットルーム 利用児基本情報

太枠内を全て記入し、初回利用時にお持ちください

記入日	西暦	年	月	日	登録番号	—	
(ふりがな) 児名氏名	()			(性別) 男・女	通所している 園等名称		
生年月日	西暦	年	月	日	かかりつけ医療機関		
自宅住所	〒						

※緊急連絡先は可能な限り、2つ以上記入してください。在宅勤務等を問わず、勤務先の電話番号がある方は必ずご記入ください。

緊急 連絡 先	保護者①	氏名		勤務先	名称	
		携帯番号			固定電話	
		続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他()		携帯	
	保護者②	氏名		勤務先	名称	
		携帯番号			固定電話	
		続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他()		携帯	
	保護者③	氏名		勤務先	名称	
		携帯番号			固定電話	
		続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他()		携帯	

これまでに接種した予防接種の回数に ○ を付けて下さい。

インフルエンザ菌B型(ヒブ)	1回	・	2回	・	3回	・	追加	麻疹・風疹混合(MR)	1回	・	2回
小児肺炎球菌	1回	・	2回	・	3回	・	追加	水痘	1回	・	2回
B型肝炎	1回	・	2回	・	3回			ロタウイルス	1回	・	2回
四種混合・五種混合	1回	・	2回	・	3回	・	追加	おたふくかぜ	1回	・	2回

既往歴について、これまでに罹ったことのある病気に ○ を付けて下さい

既往 歴	1. 突発性発疹 2. RSウイルス 3. 麻疹 4. 風疹 5. 水痘 6. おたふくかぜ											
	8. 熱性けいれん(過去に 回)(最終発作 西暦 年 月頃)(抗けいれん薬の指示: 有 ・ 無)											
	9. 新型コロナウイルス(西暦 年 月頃) 10. その他()											

入院 歴	☐ あり	病名()(西暦 年 月頃 日間入院)
	☐ なし	病名()(西暦 年 月頃 日間入院)

喘息 アトピー	☐ あり	1. 喘息 (現在、治療薬を使用している ・ 治療はしていない)
	☐ なし	2. アトピー性皮膚炎 (現在、治療薬を使用している ・ 治療はしていない)

常用 薬	☐ あり	薬の名前()()使用理由
	☐ なし	薬の名前()()使用理由

薬のアレルギー	☐ なし ☐ あり 薬の種類や名前()
---------	--

※お子さまの状態が変化し、新たな医療行為が必要になることがあります。ご連絡が取れない場合、当院の医師の判断により治療を開始します。

上記の内容に同意いたします。 同意者サイン(自署) _____