

アウル宮前保育園病後児保育室  
利用児基本情報用紙

平成 年 月 日記入

登録番号 A-

登録児名	氏名	性別	愛称	生年月日
	ふりがな	男女		平成 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	常用 している 薬	ない・ある	
(具体的に:			(具体的に: )	
☆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				