

キッズ メディカル ステーション連絡票

荒井クリニック

Kids Medical Station

平成 年 月 日記入

申請者名

ふりがな 児童氏名	男 女	愛称	生年月日 H 年 月 日生		
自宅住所(〒 -)					
自宅電話 ()		自宅 FAX ()			
児童の兄弟姉妹		歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
緊急連絡	父氏名	1(電話 ())	2(携帯 ())	勤務先名 職業	()
	母氏名	1(電話 ())	2(携帯 ())	勤務先名 職業	()
	両親以外の方	1 電話 ()	2 携帯 ()	住所 児童との続き柄 ()	()
通園施設名		電話 ()			
かかりつけ医		医院・病院・クリニック () 先生			
新生児期	出生時の異常(有・無)				
乳児期後	発育・発達の異常(有・無)				
予防接種	ツ反応	受けた・受けていない (1回・2回)		BCG	受けた・受けていない (1回・2回)
	ポリオ			MR	
	三種混合	受けた・受けていない (1期 — 1回・2回・3回 1期追加)			
	Hib ワクチン	受けた・受けていない 1回 (才時接種) ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回			
	肺炎球菌ワクチン	受けた・受けていない 1回 (才時接種) ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回			
	水ぼうそう	受けた・受けていない	おたふく	受けた・受けていない	
	日本脳炎	受けた・受けていない (1期 — 1回・2回 1期追加)			
既往歴	突発性発疹	H 年 月	百日咳	H 年 月	
	麻疹	H 年 月	風疹	H 年 月	
	水ぼうそう	H 年 月	おたふく	H 年 月	
	熱性けいれん	回(初回 H 年 月 最後 H 年 月) 発熱時けいれん止め使用・不使用 (, °C以上時)			
	喘息・喘息様気管支炎	継続治療中 ・ 悪化時治療のみ			
	アトピー性皮膚炎	継続治療中 ・ 悪化時治療のみ			
	その他				
	入院歴 (有・無)	(病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月)			
常時服用している薬	有・無 (薬の内容 :)				
食物アレルギー	有・無 (具体的に :)				
薬のアレルギー	有・無 (具体的に :)				
その他のアレルギー	有・無 (具体的に :)				
その他	(保育上の留意点や配慮、くせ、心配なことなど自由にお書き下さい。)				
利用料金	徴収	免除	減額	受付日 H 年 月 日	処理