

キッズ メディカル ステーション連絡票

KidsMedicalStation

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	BCG	受けた・受けていない	B型肝炎	1回・2回・3回 (ピームゲン・ヘプタバックス)	
	ロタ	1回・2回・3回 (ロタリックス・ロタテック)		MR	(1回・2回)
	四種混合	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	1回・2回・受けていない	おたふく	1回・2回・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 2期)				
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(ダイアップ)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			
	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	