

キッズ メディカル ステーション連絡票

KidsMedicalStation

令和 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・R 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	年 月	百日咳	年 月		
	麻疹	年 月	風疹	年 月		
	水ぼうそう	年 月	おたふく	年 月		
	熱性けいれん	回(初回 年 月 最後 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 R 年 月 日	処理	