

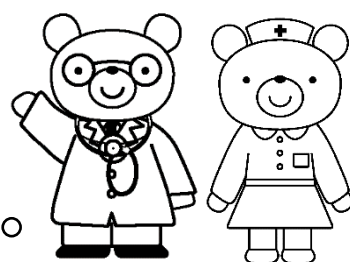
# 事前登録票



☆太線内をご記入ください

登録番号		受付者	受付日	記入日： 年 月 日		
登録児童	氏名	フリガナ		愛称	性別	生年月日
					男・女	
	自宅住所					
	自宅電話番号			通園・通学施設		
	かかりつけ医	医療機関名：		担当医：		先生
緊急連絡先	氏名	フリガナ	続柄	勤務先	勤務先電話番号	
					携帯電話番号	
	氏名	フリガナ	続柄	勤務先	勤務先電話番号	
					携帯電話番号	
	氏名	フリガナ	続柄	勤務先	勤務先電話番号	
					携帯電話番号	
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG 未・済 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 未・済 <input type="checkbox"/> B型肝炎 未・(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 未・(1回目・2回目・3回目・4回目) <input type="checkbox"/> Hib感染症 未・(1回目・2回目・3回目・4回目) <input type="checkbox"/> ロタ 未・(1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> MR 未 1期( 年 月 日) 2期( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 未・(初回・2回目・1期追加) <input type="checkbox"/> 4種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ) 未 (1期1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) 未 1回( 年 月 日) 2回( 年 月 日)					

予防接種には、定期接種対象時期を過ぎてしまうと全額負担の任意接種になってしまうものがあります。  
これを機会に一度確認しましょう。  
今後、上記記載の接種から追加がありましたら利用の際にお知らせください。



これまでの病気	出産時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（詳細：妊娠 週 難産・吸引・手術・仮死） 保育器使用（有・無）		
	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 済		
	脱臼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位： _____）		
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり これまでの回数（ _____ 回） 初回 _____ 歳 _____ カ月      最後 _____ 歳 _____ カ月 与薬指示：		
	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（発作時の対応 _____）		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ） 症状： 制限：		
	病名	_____	_____ 歳 _____ カ月	<input type="checkbox"/> 入院
	病名	_____	_____ 歳 _____ カ月	<input type="checkbox"/> 入院
	病名	_____	_____ 歳 _____ カ月	<input type="checkbox"/> 入院
薬				
その他				
昼連絡の有無		不要・要(メール・電話・コドモン) 電話可能時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ メールアドレス： _____		
修正日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	修正者サイン： _____		
	_____ 年 _____ 月 _____ 日	修正者サイン： _____		
	_____ 年 _____ 月 _____ 日	修正者サイン： _____		

