

パピールーム登録票

登録日： 年 月 日

★この登録票は、診察・看護・保育の参考にさせていただきます。守秘義務により第三者に知られる事はありませんので事実を記載してください。

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日生 (歳 か月)
お名前	男		
(愛称) ()	女		
自宅住所 (〒)			
自宅電話番号			
兄弟・姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女) 歳 (男・女)
保育所・幼稚園	入所日 (年・月)		浅妻医院受診歴： なし ・ あり
学校名	()		かかりつけ医：
保護者・緊急連絡先	父・氏名	(歳)	勤務先： TEL： 携帯電話：
	母・氏名	(歳)	勤務先： TEL： 携帯電話：
	その他	氏名 (続柄)：TEL	

◎成育歴：出生 週 g cm 出生時異常： ない ・ ある ()

☆発達、その他気になる事があればお書きください。

◎予防注射の済んでいるものに○をつけてください。

- ・BCG ・ヒブワクチン (1・2・3) 追加 ・肺炎球菌 (1・2・3) 追加 ・ロタウイルス (1・2・3) ・B型肝炎ウイルス (1・2・3)
- ・4(5)種混合ワクチン (1・2・3) 追加 ・日本脳炎 (1・2) 追加・2期 ・MR (1期・2期) ・水痘 (1・2) ・おたふくかぜ (任意接種) (1・2)

◎今までにかかった病気に○をつけてください。

- ・突発性発疹症 ・はしか ・風疹 ・水痘 ・おたふくかぜ ・百日咳 ・川崎病 ・その他 ()

◎入院したことがありますか？ (ない ・ ある)

- (病名： 歳 か月： 病院) 治癒・経過観察中
- (病名： 歳 か月： 病院) 治癒・経過観察中
- (病名： 歳 か月： 病院) 治癒・経過観察中

◎熱性けいれんをおこしたことがありますか？ (ない ・ ある)

- ・初回： 歳 か月 最終： 歳 か月 (これまでに合計 回)
- ・けいれん止めを使用したことがありますか？ (ない ・ ある) ・けいれん止めの使用について (可 ・ 不可)
- ・けいれんで入院をしたことがありますか？ (ない ・ ある)

◎喘息はありますか？ (ない ・ ある) 毎日薬を (・ 飲んでいる ・ 飲んでいない ・ 発作時のみ)

◎アトピー性皮膚炎はありますか？ (ない ・ ある) 治療は (・ 内服薬 ・ 軟膏 ・ 食事療法)

寝るときのくせ	好きな遊び	その他・何かあればお書きください