

# 病児・病後保育登録票

			カルテNO.	
			記入日	
ふりがな 児童氏名	(愛称)	性別 男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳 カ月)
自宅住所	〒 —	携帯電話		
		自宅TEL		
		メール アドレス		

※予約確定メールを送信させていただくため、必ずメールアドレスをご記入ください。

@hayasiclinic.com からのメールが届くように、ドメイン設定をお願いします。

ドメイン設定いただいていない場合、「今まではバンビからのメールが届いていたのに、急に届かなくなった！」などの事例があります。今後のためにも、よろしくお願い致します。

	保育園・幼稚園・小学校			
かかりつけ医	医院・病院 ( )先生			
緊急連絡先	①	-	-	携帯・自宅・会社(連絡先名)
必ず2つお書きください	②	-	-	携帯・自宅・会社(連絡先名)
ご家族のお名前(ふりがな)	生年月日	続柄	性別	勤務先 または幼・保・学校名 (勤務先の場合はTEL番号)
	年 月 日		男・女	☎
	年 月 日		男・女	☎
	年 月 日		男・女	☎
	年 月 日		男・女	☎
	年 月 日		男・女	☎

(これまでの様子)  
出生時の異常 無・有( )  
出生時体重 g  
(2歳以下の方は記入してください)  
栄養法 母乳・人口乳・混合  
首すわり カ月・おすわり カ月・一人歩き カ月

(予防接種状況) 年齢相応な予防接種を 受けている ・ 受けていない

(既往歴 ○をつけてください)  
熱性けいれん 過去に 回 (一番最近では 歳 カ月)  
喘息および喘息様気管支炎 (治療中・悪化時のみ治療)

(入院歴)  
無・有 病名: ( 歳 カ月) 病名: ( 歳 カ月)  
病名: ( 歳 カ月) 病名: ( 歳 カ月)

平熱 °C  
アレルギー 無・有 (何でどのようになるか具体的に: )  
※アレルギーで制限しているもの( )

その他 何か伝えたいことがあればご記入ください