

産後ケア事業（桜町病院）利用に伴う一時保育児健診受診票

保護者記載欄

※該当するものに○を付け、空欄は御記入ください

(ふりがな)		性別	男 / 女	
児童氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳 ヲ月)	
通園施設名		電話番号 (通園施設)	()	
保護者① 続柄 ()	氏名		電話(自宅・携帯)	()
	勤務先名		電話番号(職場)	()
	勤務先住所	(〒 -)	通勤時間(片道): 約 分	
保護者② 続柄 ()	氏名		電話(自宅・携帯)	()
	勤務先名		電話番号(職場)	()
	勤務先住所	(〒 -)	通勤時間(片道): 約 分	
出生体重	(g 週)	かかりつけ医 (医院名)	電話番号 ()	
既往歴	喘息 / アトピー / 川崎病 / 肝炎 (B型 ・ C型) その他(具体的に御記入ください) []			
	アレルギー	無し / 有り(具体的に御記入ください) []		
	アナフィラキシー	無し / 有り(回数・年齢を御記入ください) []		
	痙攣発作	無し / 有り(診断名、発作の起こった年齢・回数を御記入ください) [診断名: 年齢: 回数:]		
体質	熱が出やすい / 下痢をしやすい / 中耳炎になりやすい / 皮膚トラブルが多い 咳や鼻水が長引く / のどがはれやすい / 鼻がつまりやすい その他(具体的に御記入ください) []			
予防接種	月齢に応じて受けている(以下、記載不要) / 受けていないものがある(受けていないものにレ点)			
	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 4種混合(3種混合+ポリオ)(回目) <input type="checkbox"/> MR(回目) <input type="checkbox"/> おたふく(回目) <input type="checkbox"/> 水痘(回目) <input type="checkbox"/> ヒブ(回目) <input type="checkbox"/> B型肝炎(回目) <input type="checkbox"/> ロタウィルス(1価の場合 回目/5価の場合 回目) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(回目)			
常備薬	無し / 有り(具体的な内容を御記入ください)			

医師記入欄

医師診察結果	体重: kg	身長: cm	集団生活: 可 / 不可
	身体所見:		
作成日: 年 月 日 医師氏名: Ⓜ 医療機関名: 社会福祉法人 聖ヨハネ会 桜町病院 〒184-8511 東京都小金井市桜町 1-2-20 電 話: 042-383-4111(代表)			