

ID :

診察券 NO.

病児保育室 リトルスター 事前登録書

フリガナ				愛称	登録日
お名前	男・女				平成 年 月 日
生年月日	平成	年	月	日生	歳 か月
保育所・学校名	保育所(園)・幼稚園・小学校				年 組
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 川崎こどもクリニック <input type="checkbox"/> 市川小児科 <input type="checkbox"/> くほこどもクリニック <input type="checkbox"/> 竹内小児科・内科医院 <input type="checkbox"/> 物部小児科・内科 <input type="checkbox"/> にわ小児科 <input type="checkbox"/> 古谷こどもクリニック <input type="checkbox"/> その他()				
川崎こどもクリニックの診察券はお持ちですか? はい ・ いいえ					
保護者	氏名	続柄	勤務先・勤務先電話番号		
自宅住所	(携帯) (TEL)				
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先名(通学先)	職種
緊急連絡先	氏名	続柄	住所 TEL		
生育歴	・ 出生 週 g ・ 出生時の異常はありましたか?(ある。ない) ・ 定期健診で何か指摘されたことはありますか? (ある・ない) ()				
既往歴	突発性発疹	未・済 (歳)	風疹	未・済 (歳)	
	麻疹(はしか)	未・済 (歳)	水ぼうそう	未・済 (歳)	
	おたふくかぜ	未・済 (歳)		未・済 (歳)	
予防接種	ヒ7	1回・2回・3回・4回	水ぼうそう	1回・2回	
	小児用肺炎球菌	1回・2回・3回・4回	日本脳炎	1期 1回・2回・追加	
	ロタウイルス	1回・2回・3回	(三種混合)	1回・2回・3回・追加	
	四種混合	1回・2回・3回・追加	(ポリオ)	1回・2回・3回・追加	
	BCG	未・済	おたふくかぜ	1回・2回	
	MR	1期・2期	B型肝炎	1回・2回・追加	

入院歴	なし・あり (病名 いつ頃 病院名)
食物アレルギー	なし・あり (卵 ・ 牛乳・ 大豆・ 小麦・ その他) 除去の程度 ()
けいれん	なし・あり 初回(歳 か月) 最後(歳 か月) 発作時の対応 ()
その他	特にご心配なことがあれば、お書きください。

*病児保育室 リトルスターを、どのようにしてお知りになりましたか？

- 1、川崎こどもクリニックにて 2、保育所や幼稚園にて 3、ホームページにて
4、前を通りかかって 5、チラシを見て 6、見学会にて 7、他医療機関からの紹介
8、知人などからの口コミ 9、兄弟などがすでに利用している 10、その他 ()

《MEMO》