

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				年 月 日	
生年月日	年	月	日生	歳	か月	
通所(園) ・学校名						
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 川崎こども CL <input type="checkbox"/> 市川小児科 <input type="checkbox"/> くほこども CL <input type="checkbox"/> 竹内小児科・内科 <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 CL <input type="checkbox"/> はまこども CL <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		
自宅住所	TEL 携帯					
保護者 同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先名 (通学先)	電話	携帯
緊急連絡先 (父母以外)	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)		みずぼうそう	未・済 ( 歳)	
	おたふくかぜ	未・済 ( 歳)		(その他)		
予防接種	ヒブ	1回・2回・3回・4回		MR	1期・2期	
	小児用肺炎球菌	1回・2回・3回・4回		みずぼうそう	1回・2回	
	B型肝炎	1回・2回・3回		日本脳炎	1期 1回・2回・追加	
	四種混合	1回・2回・3回・追加		おたふくかぜ	1回・2回	
	ロタウィルス	1回・2回・3回		(三種混合)	1回・2回・3回・追加	
	BCG	済		(ポリオ)	1回・2回・3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 ( )
喘息	なし・あり ( )
その他	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》