

キッズ メディカル ステーション連絡票

荒井クリニック

Kids Medical Station

平成 年 月 日記入

申請者名 _____

| | | | | | |
|----------------|-----------------------------------|--|-------------------|-----------------------------------|------------|
| ふりがな 児童氏名 | 男 女 | 愛称 | 生年月日 H 年 月 日生 | | |
| 自宅住所(〒 _____) | | | | | |
| 自宅電話 (_____) | | 自宅 FAX (_____) | | | |
| 児童の兄弟姉妹 | | 歳(男・女) | 歳(男・女) | 歳(男・女) | |
| 緊急連絡 | 父氏名 | 1(電話 _____) | 勤務先名 _____) | | |
| | | 2(携帯 _____) | 職業 _____) | | |
| | 母氏名 | 1(電話 _____) | 勤務先名 _____) | | |
| | | 2(携帯 _____) | 職業 _____) | | |
| | 両親以外の方 | 1 電話 _____) | 住所 _____) | | |
| | | 2 携帯 _____) | 児童との続き柄 (_____) | | |
| 通園施設名 | | 電話 (_____) | | | |
| かかりつけ医 | | 医院・病院・クリニック (_____)先生 | | | |
| 新生児期 | 出生時の異常(有・無) | | | | |
| 乳児期後 | 発育・発達の異常(有・無) | | | | |
| 予防接種 | ツ反応 | 受けた・受けていない | | BCG | 受けた・受けていない |
| | ポリオ | (1回・2回) | | MR | (1回・2回) |
| | 三種混合 | 受けた・受けていない (1期 — 1回・2回・3回 1期追加) | | | |
| | Hib ワクチン | 受けた・受けていない 1回 (才時接種)・2回・3回・4回 | | | |
| | 肺炎球菌ワクチン | 受けた・受けていない 1回 (才時接種)・2回・3回・4回 | | | |
| | 水ぼうそう | 受けた・受けていない | おたふく | 受けた・受けていない | |
| | 日本脳炎 | 受けた・受けていない (1期 — 1回・2回 1期追加) | | | |
| 既往歴 | 突発性発疹 | H 年 月 | 百日咳 | H 年 月 | |
| | 麻疹 | H 年 月 | 風疹 | H 年 月 | |
| | 水ぼうそう | H 年 月 | おたふく | H 年 月 | |
| | 熱性けいれん | 回(初回 H 年 月 最後 H 年 月) 発熱時けいれん止め使用・不使用 (_____ 、 °C以上時) | | | |
| | 喘息・喘息様気管支炎 | 継続治療中 ・ 悪化時治療のみ | | | |
| | アトピー性皮膚炎 | 継続治療中 ・ 悪化時治療のみ | | | |
| | その他 | | | | |
| | 入院歴 (有・無) | (病名: _____ 歳 ヶ月) (病名: _____ 歳 ヶ月) | | (病名: _____ 歳 ヶ月) (病名: _____ 歳 ヶ月) | |
| 常時服用している薬 | 有・無 (薬の内容 : _____) | | | | |
| 食物アレルギー | 有・無 (具体的に : _____) | | | | |
| 薬のアレルギー | 有・無 (具体的に : _____) | | | | |
| その他のアレルギー | 有・無 (具体的に : _____) | | | | |
| その他 | (保育上の留意点や配慮、くせ、心配なことなど自由にお書き下さい。) | | | | |
| 利用料金 | 徴収 | 免除 | 減額 | 受付日 H 年 月 日 | 処理 |