



児童氏名

金沢大学附属病院 病児保育室たんぼぼルーム  
児童登録票裏面 (2枚目)

かかりつけの病院 ( ) 病院・医院・診療所・クリニック  
( ) 先生 電話番号 ( )  
・金沢大学附属病院受診歴 無・有 診察券番号 ( )  
・福祉に関する手帳 無・有 (療育手帳・身体障がい者手帳)

周産期  
妊娠中の異常 無・有 具体的に ( )  
出産時体重 ( ) g 在胎 ( ) 週 ( ) 日  
出産時の異常 無・有 具体的に ( )

予防接種	ヒブワクチン 未・済(1回・2回・3回・追加)	肺炎球菌 未・済(1回・2回・3回・追加)
	四種混合(DPT-IPV) 未・済(1回・2回・3回・追加)	麻疹・風疹(MR) 未・済(1回・2回)
	BCG 未・済	日本脳炎 未・済(1回・2回・追加)
	水痘(水ぼうそう) 未・済(1回・2回)	ロタウィルス 未・済(1回・2回・3回)
	おたふくかぜ 未・済(1回・2回)	B型肝炎 未・済(1回・2回・追加)

感染症歴	麻疹(はしか)	歳 ヶ月	風疹	歳 ヶ月
	水痘(みずぼうそう)	歳 ヶ月	百日咳	歳 ヶ月
	おたふくかぜ	歳 ヶ月	その他 ( )	歳 ヶ月

これまでにかかった病気	熱性けいれん	無・有	初回	歳 ヶ月・回数はこれまでに	回	
			最後は	歳 ヶ月・座薬の指示	無・有( )	
	ぜん息 及び ぜん息様気管支炎	無・有	治療は	継続治療中・悪化時治療のみ		
			薬は	飲んでいない・毎日飲んでいる・発作時のみ		
			吸入は	していない・している	・発作時のみ	
	アトピー性皮膚炎	無・有	治療は	内服薬	・食事療法	・外用薬
	入院したこと	無・有	病名 ( )	歳 ヶ月		
			病名 ( )	歳 ヶ月		
			病名 ( )	歳 ヶ月		
	その他の病気 (具体的に)					

ぜん息、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的に記入してください

食物アレルギー (食事制限の指示を主治医から受けている場合は具体的にお書きください)

体質 (薬物アレルギー等)、くせ等、心配なこと、配慮してほしい事などがございましたら具体的にお書きください

(兄弟姉妹) 歳 (男・女) 歳 (男・女) 歳 (男・女)

初入室日 年 月 日

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
(備考)			