

児童票(事前登録用紙)

登録番号

年

月

日

記入

記入者氏名

ふりがな		男	生年月日 西暦		年	月	日生			
氏名		女	(H・R)		年	歳	ヵ月			
保護者	父・氏名 (歳)		お子さんの愛称							
	母・氏名 (歳)									
	自宅住所(〒 -)									
	自宅電話 - -									
兄弟姉妹		歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)				
職業	父			母						
緊急連絡先	父	①(電話 勤務先名)								
		②(携帯電話)								
	母	①(電話 勤務先名)								
		②(携帯電話)								
保育所名		電話 - -								
		保育所に行き始めた年齢 歳 ヶ月(年 月から)								
主治医名		電話 - -								
周産	妊娠中の異常(なし・あり)									
	出世時体重 (g)									
	出産は(予定通り・ 日早かった・遅かった)(在胎 週)									
	出産時の異常(なし・あり)									
乳児期の発達	首のすわり: ヶ月 おすわり: ヶ月 一人歩き: ヶ月									
	栄養法(母乳・人工・混合)									
	離乳食開始時期(前期: ヶ月 中期: ヶ月 後期: ヶ月)									
	幼児期: 歳 ヶ月)									
人見知り:		人見知り: ヶ月		母親の後追い:		歳 ヶ月				
初語(意味のあることば):		歳 ヶ月								
予防接種	四種混合(DPT-IPV)	1期1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月
		追加	年	月	11期	年	月			
	麻疹・風疹(MR)	1期	年	月	2期	年	月			
	Hibワクチン	1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月
	(インフルエンザ菌b型)	追加	年	月						
	小児肺炎球菌(PCV13)	1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月
		追加	年	月						
	日本脳炎	1期初回1回目	年	月	2回目	年	月			
		1期追加	年	月	11期	年	月			
	B型肝炎	1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月
	水痘	1回目	年	月	2回目	年	月			
	おたふく	1回目	年	月	2回目	年	月			
ロタウイルス	1回目	年	月	2回目	年	月	3回目	年	月	
BCG	年 月									

感 染 症 歴	はしか： 歳 ヶ月 水ぼうそう： 歳 ヶ月	
	百日咳： 歳 ヶ月 おたふくかぜ： 歳 ヶ月	
	B型肝炎： 歳 ヶ月 （キャリアーで ない・ ある）	
	その他（具体的に）：	
こ れ ま で の 病 気	熱性痙攣：初回 歳 ヶ月 最後は 歳 ヶ月（これまでに 回） 痙攣時対応方法：座薬（ ）その他（ ）	
	喘 息 喘息様気管支炎	あり ・ なし 毎日 薬を 飲んでいる ・ 飲んでいない ・ 発作時だけ 吸入療法を している ・ していない ・ 発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	あり ・ なし
	発達について	保育園や乳幼児健診などで指摘を受けたことが あり ・ なし
	気になることを 具体的に お書き下さい	
	入院したこと	なし ・ あり（病名 歳 ヶ月）
		（病名 歳 ヶ月）
（病名 歳 ヶ月）		
常時内服している薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時服用している薬があれば具体的に お書き下さい（内服時間もお書き下さい）	
食 事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。 （いつ、何を食べてアレルギーを起こしたか、アレルギーが起きた時の対応方法、 内服薬を使用か、エピペンを使用かなどお書き下さい。） ※ <u>保育所などでエピペンを使用の方はご持参下さい。</u>	
薬	今までに服用・使用し、薬疹が出たものや体調が悪くなった薬があれば具体的にお書き下さい	
その他		

病児室利用状況について市役所からの問い合わせがあった場合、上記の情報を提供することを同意します。
取得した個人情報、本人の許可なく利用目的以外での目的では使用しません。

保護者氏名（自署）

記入日： 年 月 日

お子さまの状況を把握し、安全にお薬をお使いいただくための記録です。

※なお、この情報は当薬局の個人情報保護の取り扱いに関する基本方針に基づいて取り扱います。

フリガナ		生年月日	平成 令和	年	月	日
お名前	(男・女)	体 重				kg
ご住所	(〒 -)	電話番号				
		携帯番号				

★ お薬手帳はお持ちですか？

* はい ⇒ お持ちの方は受診時に必ずお持ちください。

* いいえ ⇒ お持ちでない方へ
⇒ 服用中のお薬があればご記入ください。

()

⇒ お薬手帳を作成されることをおすすめいたします。

* 新規作成希望する * 作成希望しない

* 受診時服用されている情報があれば、必ず提示してください。

★ 後発(ジェネリック)医薬品への変更を希望しますか？ * はい * どちらでもよい * いいえ (理由をお聞かせください⇒)

★ 今までに病気をしたことがありますか？ * いいえ * はい ⇒ 喘息・アトピー性皮膚炎・てんかん その他()

★ アレルギー体質ですか？ * いいえ * はい ⇒ 花粉症・ほこり・動物・アトピー・喘息 乳製品・卵・魚介類 その他()

★ 今までにお薬を使用して副作用が出たことはありますか？ * いいえ * はい ⇒ 副作用についてお書きください (お薬名 /) (症状 /)

★ 他ににかかられている医療機関はありますか？ * いいえ * はい ⇒ 内科・小児科・皮膚科・眼科・歯科 その他()

★ お薬はなにで服用されますか？ 水・ミネラルウォーター・牛乳・緑茶・麦茶・ウーロン茶 その他()

★ どのような体質ですか？ 特になし 下痢をしやすい・便秘をしやすい・かぶれやすい その他 ()

★ その他、ご希望や気になることがあればお書きください

ご協力ありがとうございました。

(2023.4.24)

《病状連絡票》

年 月 日

名前	男・女	才	カ月	利用時間	:	~	:
〈主な症状〉 ・発熱 : (有 ・ 無) 度 分 ・下痢 : (有 ・ 無) 回 ・嘔吐 : (有 ・ 無) 回 ・咳 : (有 ・ 無) ・鼻水 : (有 ・ 無) ・喘鳴 : (有 ・ 無)				〈病児連絡票〉 ・体重 : kg ・平均体温 : °C ・ひきつけ : 無 ・ 有 (今までに 回 / 最終 年 月 日) ・アレルギー : 無 ・ 有 () ・与薬 : 無 ・ 処方 ・ 持参 (飲ませ方 :) ・連絡先の変更 : 無 ・ 有 () ・お迎え時間 : 母 ・ 父 ・ () 時 分			
〈いつから症状が始まりましたか？詳しく経過をお書きください〉							
〈昨日から今朝の症状についてお書き下さい〉 ・食事 : 食欲 (有 ・ 無) ・便 : 軟 ・ 良 ・ 無 (回) ・朝食の内容 : () ・安静度 : 寝かせていた ・ 起きて遊んでいた 〈昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか？〉 (使用 時 ・ 不使用) 〈今回の症状について受診している場合は、次のことにお答えください〉 ・病名 ・病院名 ・薬をもらっている場合 いつから内服していますか(日前から) ・残薬 残り 日 ・当院での薬の処方 (希望 ・ 不要) ・解熱剤の処方 (希望 ・ 不要) (坐薬 ・ 内服薬) ・かかりつけ医など再受診予定 (無 ・ 有 (/ 受診) ・明日の病児利用予約 (希望 ・ 不要) 希望時間 (: ~ :)							

↓↓↓ 医師記入欄 ↓↓↓ ※以下の欄は記入しないでください ↓↓↓

医師連絡票

感冒	気管支炎	溶連菌感染症	インフルエンザ
水痘	中耳炎	下痢	喘息
咽頭炎	ヘルパンギーナ	手足口病	ヘルペス
流行性耳下腺炎	扁桃炎	プール熱	その他
感冒性嘔吐症	とびひ	突発性発疹	()

1. 急性期 (発熱等) 2. 回復期 (解熱 ・ 微熱等)