

S-1 プロフィール

ふりがな		性別		生 年 月 日			
氏 名		男・女		平成 年 月 日 生			
住 所		電話番号					
		F A X					
転居先		携帯電話					
通園方法	徒歩	自転車	自動車	バス			
緊急を要する場合の連絡方法 (電話番号) *どなたの番号か、わかるように 記入してください。		連絡先		続柄		電 話 番 号	
		1					
		2					
		3					
		4					
家 庭 状 況	続柄	氏名	生年月日	勤務先		勤務先住所及び電話番号	
家庭での呼び名				集団生活	<input type="checkbox"/> 経験あり <input type="checkbox"/> 経験なし		
血液型	型(検査年月日 月 日)		利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 不明			
健康保険証	記号	番号	平熱	度			
かかりつけ の病院	()	()	()	TEL. TEL. TEL.			
アレルギーやアトピーと言われたことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			薬などでかぶれたり、ただれたりしたことはありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 種類 使用しては困るもの(例: 冷えピタ、絆創膏など)				
現在服用している薬、軟膏などありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名又は症状「 薬の名前」							
今までにかかった病気			予防接種状況(下記の枠内に接種日を記入して下さい。)				
1 麻疹(はしか)	年	月	予防接種名/接種日	1回目	2回目	3回目	4回目
2 風疹	年	月	1 ポリオ			—	—
3 水痘(みずぼうそう)	年	月	2 BCG		—	—	—
4 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	年	月	3 MR(麻疹風疹混合)			—	—
5 突発性発疹	年	月	4 三種混合				
6 喘息	年	月	5 おたふく		—	—	—
7 その他			6 水ぼうそう		—	—	—
8 川崎病(年 月現在も通院中 はい・いいえ)			7 その他()				
9 心臓病(年 月現在も通院中 はい・いいえ)			発達や慢性的な病気のこと、相談している病院や機関はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病院・施設名 病気・障がい名 障がい者手帳または療育手帳をお持ちですか <input type="checkbox"/> はい(身・療 級) <input type="checkbox"/> いいえ				
10 腎臓病(年 月現在も通院中 はい・いいえ) (集団検尿異常) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			その他 伝えたい事				
11 大きなけが()							
12 脱臼 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)							
ひきつけ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(熱あり・なし 回)							
ダイアアップ (熱性けいれん予防薬) <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない							