

登録番号	
------	--

施設登録番号	
--------	--

## 病児・病後児保育室利用登録兼児童票

(保護者 病児・病後児保育室)

利用登録する際(もしくはご利用前)に、ご記入ください。

平成 年 月 日記入 記入者名 \_\_\_\_\_

ふりがな	男	生年月日	年	月	日生
氏名	女		__歳	__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 - -				
きょうだい		歳(男・女)	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(電話 勤務先名 )			
	母	1(電話 勤務先名 )			
		2(電話 勤務先名 )			
保育所名		電話	-	-	
家庭医名		電話	-	-	
周産期	妊娠中の異常(なし・あり _____ )				
	出生時体重 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: カ月 おすわり: カ月 一人歩き カ月				
	栄養法 (母乳・人工・混合)				
	離乳食開始時期(前期: カ月 中期: カ月 後期: カ月)				
	幼児食: 歳 カ月)				
	人見知り: カ月 母親の後追い: 歳 カ月				
	初語(意味のあることば): 歳 カ月				
予防接種	ツ反応: 年 月(判定 ) 年 月(判定 )				
	BCG: 年 月		ポリオ: 1回 年 月 2回 年 月		
	三種混合: 期1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月				
	期 年 月				
	はしか: 年 月		水ぼうそう: 年 月		おたふくかぜ: 年 月
その他:					

感染症歴	はしか： 歳 カ月 水ぼうそう： 歳 カ月	
	百日咳： 歳 カ月 おたふくかぜ： 歳 カ月	
	B型肝炎： 歳 カ月（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 カ月 最後は 歳 カ月（これまでに__回）	
	喘息	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ
	喘息様気管支炎	毎日 吸入療法を している・いない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある（治療は 内服薬・食事療法）
	その他の病気（具体的に）	
入院したこと	ない・ある（病名 歳 カ月）	
	（病名 歳 カ月）	
	（病名 歳 カ月）	
	（病名 歳 カ月）	
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、常時内服しているお薬があれば具体的に書きください。（内服時間も）	
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的に書きください。	
その他	体質（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的に書きください。	