

登録番号	
------	--

施設登録番号	
--------	--

## 病後児保育室利用登録兼児童票（保護者 ⇒ 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)		
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: I期 1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月				
	II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 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。