

始良市病児・病後児保育事業利用登録申請書

登録番号

年 月 日

ふりがな 児童氏名		性別 男・女	生年月日		年 月 日 歳 月
保 護 者	氏名 ( 歳) 携帯電話				お子さんの愛称
	氏名 ( 歳) 携帯電話				
	自宅住所 (〒 - )				自宅電話
兄 弟	歳 性別 ( )		歳 性別 ( )		歳 性別 ( )
保護者の職業					
保 育 時 の 緊 急 連 絡 先	氏 名	児童との続柄	連絡先名称等		電 話 番 号
	第1連絡者		自宅・他( )		
	第2連絡者		自宅・他( )		
	第3連絡者		自宅・他( )		
通 所 施 設 名		電 話			
か かり つけ 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 (予定どおり・ 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： か月 おすわり： か月 一人歩き： か月 栄養法 (母乳・人工・混合) 離乳食開始時期 (前期： か月 中期： か月 後期： か月 幼児食： か月) 人見知り： か月 母親の後追い： 歳 か月 初語 (意味のある言葉)： 歳 か月				
予 防 接 種	ヒブ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加			
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加			
	はしか(麻しん)、 風しん	麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目
		麻しん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目
		風しん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目

予 防 接 種	百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ	四種混合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 三種混合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 不活性ポリオ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 生ポリオ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	BCG	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済
	水ぼうそう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	インフルエンザ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
こ れ ま で の 病 気	熱性けいれん：初回 歳 か月・最後は 歳 か月（これまでに 回）	
	ぜん息 毎日薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ	
	ぜん息様気管支炎 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 か月)	
	(病名 歳 か月)	
	(病名 歳 か月)	
	(病名 歳 か月)	
常時内服している薬	ぜん息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服している薬があれば具体的にお書きください（内服時間も）。	
食 事	食時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。	
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は、具体的にお書きください。	