

# 病児・病後保育事前登録書

年 月 日 記入

記入者名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

フリガナ 氏名		男・女	愛称	生年月日	平成 年 月 日生 ( 歳)
住所	〒 _____ TEL _____				
かかりつけ医	TEL _____			在園・在学名	
家庭の状況	父・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL _____	
	母・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL _____	
	兄弟・姉妹	歳 (男・女)		歳 (男・女)	歳 (男・女)
緊急時の連絡先	氏名	TEL _____			(対象者との続柄 _____)
周産期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠中の異常 無 ・ 有 ( _____ )</li> <li>・出生体重 _____ g</li> <li>・出産は (予定通り・( )日早かった、遅かった ) 在胎 _____ 週</li> <li>・出産時の異常 無 ・ 有 ( _____ )</li> </ul>				
乳児期の発達	<ul style="list-style-type: none"> <li>・首のすわり ( カ月) ・おすわり ( カ月)</li> <li>・一人歩き ( カ月) ・発達の遅れ (無・疑いあり・有 ( _____ ))</li> <li>・栄養法 (母乳・人工・混合) ・初語 (意味のある言葉) ( カ月)</li> <li>・離乳食開始時期</li> </ul> <p>○前期： ____カ月 ○中期： ____カ月 ○後期： ____カ月 ○幼児食： ____歳 ____カ月</p>				
予防接種	BCG	未 ・ 済			
	MR (麻疹・風疹)	未 ・ 済			
	ポリオ (口生ワク □不活化) ※四種混合接種者は記入不要	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	□三種 □四種 混合	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加			
	日本脳炎	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 追加済			
	ヒブワクチン	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	肺炎球菌	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済			
	水痘	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済			
B型肝炎 (HB)	未 ・ 済	その他 _____			
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・麻疹 (はしか) ・水痘 (みずぼうそう) ・風疹 ・百日咳 ・てんかん ・アトピー性皮膚炎</li> <li>・流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ・川崎病 ・熱性けいれん ・気管支喘息 ・結核</li> <li>・その他 _____</li> </ul>				
食事	食物アレルギー 無・有 食品名： _____				
その他	配慮してほしいことがあれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や、手術歴・既往歴・気になる発達など)				