

野木町病児保育事業利用登録書 (病児対応型)

記入日： 年 月 日		※こども教育課受付日： 年 月 日			
児童氏名	ふりがな	男・女	生年月日 (年 月 日) (歳 ヶ月)		
お子さんの愛称		保育所(園)、幼稚園 認定こども園、小学校名	TEL ()		
保護者	氏名	ふりがな	児童との続柄： 自宅電話 ()		
	住所				
事前登録している兄弟姉妹がいる場合	氏名	(歳 ヶ月)	男 女 氏名 (歳 ヶ月) 男 女		
	氏名	(歳 ヶ月)	男 女 氏名 (歳 ヶ月) 男 女		
緊急連絡先	続柄	氏名	勤務先等名称	電話番号	
	父			TEL () 携帯 ()	
		母			TEL () 携帯 ()
					TEL () 携帯 ()
	健康保険証		記号	番号	保険者番号
	かかりつけの病院名	1			TEL ()
2				TEL ()	
お子さんの状態について詳しくお伺いします。(あてはまるものに○を付けるかご記入ください。)					
出産時の様子	在胎 (週) (g)	分娩時の異常	ある ・ ない		
乳児期の発育	首がすわる () ヶ月 お座り () ヶ月 一人歩き () ヶ月 人見知り () ヶ月 母親の後追い () ヶ月 発語 (意味のある言葉) () 歳 () ヶ月 栄養法 母乳 ・ ミルク ・ 混合 離乳食開始 前期 () ヶ月 中期 () ヶ月 後期 () ヶ月				
	三種混合	受けていない ・ 受けた (I 期 : 1 回 2 回 3 回) II 期			
	四種混合	受けていない ・ 受けた (I 期 : 1 回 2 回 3 回) II 期			
予 防 接 種	ツベルクリン反応	受けていない・受けた(判定)	ポリオ	受けていない・受けた (1 回 2 回)	
	BCG	受けていない・受けた	風 疹	受けていない・受けた	
	はしか	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた	
	水ぼうそう	受けていない・受けた	その他 ()		

これまでに かかった 主な感染症	1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 手足口病 7. りんご病 8. 百日咳 9. 咽頭結膜熱 10. 結核 11. ヘルパンギーナ 12. 肺炎 () 型 (キャリアーでない ・ ある) 13. その他 ()		
これまでに かかった主 な病気など	熱性けいれん：初回 () 歳 以後 () 回反復 最終 () 年 () 月		
	喘 息 喘息様気管支炎	内服薬を継続的に飲んで (いない・いる：薬の名前) 自宅で吸入療法をして (いない・いる：薬の名前) (回数)	
	その他の病気 (具体的に)		
	入院したことが ありますか？	あ る 場 合	ない ・ ある 病名： (歳 ヶ月) 病名： (歳 ヶ月) 病名： (歳 ヶ月) 病名： (歳 ヶ月)
常時内服 している薬 について	喘息・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る場合、薬の内容や 内服時間などについて具体的にご記入ください。		
アレルギー	アレルギーのあるお子さんは、品目とアレルギー反応を起こしたときの状態について、 具体的にご記入ください。 その品目について食事制限をしていますか？ (いる ・ いない)		
日頃の食欲	旺盛・普通・小食	食事	一人で食べる・一人で食べるがかなりこぼす・介助が必要
偏 食			
排 泄	すべておむつ ・ トイレトレーニング中 ・ 寝るときのみおむつ ・ 自立している		
その他	お子さんの性格、体質 (薬物アレルギー等) や癖など心配なこと・配慮してほしいこと がありましたら具体的にご記入ください。		
備 考			

【裏面】