

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"> ・妊娠中の異常 無 ・ 有 (_____) ・出生体重 _____ 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 無 ・ 有 (_____) 				
乳児期の発達	<ul style="list-style-type: none"> ・首のすわり (カ月) ・おすわり (カ月) ・一人歩き (カ月) ・発達の遅れ(無・疑いあり・有 (_____)) ・栄養法(母乳・人工・混合) ・初語(意味のある言葉)(カ月) ・離乳食開始時期 <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(□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"> ・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 ・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 ・その他 				
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)				