

病児・病後児保育事前登録書

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	西暦 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	・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	・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 ○前期: ____カ月 ○中期: ____カ月 ○後期: ____カ月 ○幼児食: ____歳 ____カ月				
予防接種	BCG	未 ・ 済			
	MR (麻疹・風疹)	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済			
	口四種 口五種 混合	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	Hib ワクチン ※五種混合の場合は記入不要	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	日本脳炎	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 追加済			
	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 ・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済			
	ロタウィルス	未 ・ 1回目済 ・ 2回目済 (ロタテックの場合: 3回目済)			
	その他				
既往歴	・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)				