

平成 年度 下野市病児保育事業利用登録書

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 記入日: 年 月 日 | | ※こども福祉課受付日: 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 | ☎ |
| 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 |
| 緊 急 連 絡 先 | 続柄 | 氏名 | 勤務先等名称 |
| | 父 | | ☎ 携帯 |
| | 母 | | ☎ 携帯 |
| | | | ☎ 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 | 病院名 | ☎ | |
| | 病院名 | ☎ | |
| お子さんの状態についてお伺いします。(あてはまるものに○を付けるか、ご記入ください。) | | | |
| 主産時の様子 | 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 | | |
| 予 防 接 種 | 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 | |
| | ツベルクリン反応 | 受けていない ・ 受けた(判定) | ポリオ |
| | BCG | 受けていない ・ 受けた | 風疹 |
| | はしか | 受けていない ・ 受けた | おたふくかぜ |
| | 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? | ない ・ ある | |
| | あ る 場 合 | 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、品目の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や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 | | | |

※新小山市市民病院病児保育室ひまわりを使用する方は、この登録書を提出してください。