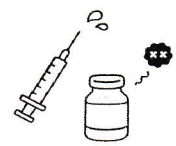


病児・病後児保育利用（登録・変更）用紙



記入日： 年 月 日

ふりがな		男	平成・令和 年 月 日生	愛称
お名前		女	(歳 カ月)	
	保護者氏名	勤務先		個人携帯番号
父		TEL:		
母		TEL:		
()		TEL:		
自宅住所	〒 - 自宅TEL (- -)			
緊急連絡先	連絡の相手	連絡場所		連絡先
	①			
	②			
	③			
保育所名 学校名			かかりつけ医	
出生について	・生まれた時の体重()g		・生まれた時の身長()cm	
	・生まれた時は何週でしたか()週 ()日			
	・出生時に異常や治療を受けましたか？ いいえ・はい ⇒ 黄疸・仮死・その他()			
発育について	・首がすわった()カ月		・寝返り()カ月	・お座り()カ月
	・はいはい()カ月		・歩行()カ月	
	・乳児健診等で何か指摘されたことがありますか？ いいえ・はい ⇒ ()			
	・発育は順調でしたか？ はい・いいえ ⇒ ()			
既往歴	・麻しん ・風しん ・おたふくかぜ ・水ぼうそう ・百日咳 ・突発性発疹 ・肺炎 ・ぜん息 ・中耳炎 ・髄膜炎 ・川崎病 ・アレルギー性皮膚炎 ・その他() ・熱性けいれん なし・あり ⇒回数()回 最後は(年 月) 坐薬の指示 あり・なし			
入院歴	なし・あり ⇒病名() 経過(完治・経過観察中・治療中) 病名() 経過(完治・経過観察中・治療中)			
予防接種	・ヒブ ()回済み ・B型肝炎 ()回済み ・五種混合 ()回済み ・水痘 ()回済み ・日本脳炎1期 ()回済み ・ロタウイルス ()回済み ・ヒトパピローマウイルス ()回済み ・小児肺炎球菌 ()回済み ・四種混合 ()回済み ・BCG 済み ・麻しん風しん ()回済み ・日本脳炎2期 済み ・二種混合 済み ・おたふく ()回済み			
アレルギー	・内服薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか？ いいえ・はい⇒() ・食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ いいえ・はい⇒()			



※1年に1度更新させていただきます。