

(表)

山元町病児保育事業利用登録書

登録No.

提出年月日

年 月 日

児童氏名	ふりがな	男 女	生 年 月 日	年 月 日生 (歳 か月)
保育所(園) 又は小学校	TEL ()			
保 護 者	氏名	ふりがな	自宅TEL	
		児童との続柄()	()	
住 所	山元町			
事前登録を している兄 弟姉妹がい る場合		(歳) 男 女	(歳) 男 女	
		(歳) 男 女	(歳) 男 女	
緊 急 連 絡 先	続 柄	氏 名	勤 務 先 等 名 称	電 話 番 号
				TEL () 携帯等
				TEL () 携帯等
				TEL () 携帯等
健康保険証	記号	番号	保険者番号	
生活保護	適用なし 適用あり (年 月 日保護開始) *生活保護受給証明書を提示してください。			
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聞きします。(当てはまるものに○を付け、又は記入してください。)				
予 防 接 種	インフルエンザ菌b型(Hib)	未 ・ 済 (1回 2回 3回 追加)		
	小 児 肺 炎 球 菌	未 ・ 済 (1回 2回 3回 追加)		
	三 種 混 合	未 ・ 済 (1回 2回 3回 追加)		
	四 種 混 合	未 ・ 済 (I期初回1回 2回 3回 I期追加)		
	日 本 脳 炎	未 ・ 済 (I期初回1回 2回 I期追加 II期)		
	ポ リ オ	未 ・ 済(1回 2回)	B C G	未 ・ 済
	MR(麻しん風しん混合)	未 ・ 済(1回 2回)	二種混合(II期)	未 ・ 済
	B 型 肝 炎	未 ・ 済 (1回 2回 3回)	水 痘 (水ぼうそう)	未 ・ 済
	ロ タ ウ イ ル ス 感 染 症	未 ・ 済	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	未 ・ 済
		そ の 他 ()		

(裏)

これまでのにかかった主な感染症	1 突発性発しん 5 おたふくかぜ 9 咽頭結膜炎 12 肝炎()型(キャリアでない・ある) 13 その他()	2 はしか 6 手足口病 10 ヘルパンギーナ	3 風しん 7 りんご病 11 結核	4 水ぼうそう 8 百日せき
これまでの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			
	ぜん息 ぜん息様気管支炎	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)		
	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(病名) (病名) (病名) (病名)	歳 歳 歳 歳	か月) か月) か月) か月)
常時内服している薬について	ぜん息・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お書きください。			
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、具体的にお書きください。 その品目について食事制限をしていますか。(いる・いない)			
日ごろの食欲	旺盛・普通・小食	食 事	1人で食べる・1人で食べるがかなりこぼす・介助が必要	
偏 食				
排 泄	すべてオムツ・トイレトレーニング中・寝るときのみオムツ・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)やくせなど心配なこと・配慮してほしいことがありましたら具体的にお書きください。			
備 考				