

年 月 日 記入

病児・病後児保育利用登録書

記入者氏名 _____

フリガナ 児童 氏名 愛称 ()	男 ・ 女	(才 ヶ月) 生年月日 年 月 日生	平熱 °C
自宅住所	(〒 -) (電話:)		
緊急時 連絡先		災害時連絡用 メールアドレス	
通所保育施設	認可保育園・認定こども園・(小規模・事業所内・家庭的) 保育事業所 家庭保育室・幼稚園・企業主導型保育事業所・その他の認可外保育施設		
かかりつけ 医師	医療機関名	医師名 (電話:)	
家族の状況	氏名	勤務先	携帯電話
父		名称 電話	
母		名称 電話	
兄弟姉妹 : ① 男 女 (才) ② 男 女 (才) ③ 男 女 (才)			
同居人 : <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他の同居人 ()			
健康保険証	記号	番号	保険者番号
生育歴	妊娠中の異常 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 出生時体重 : _____ g 生まれつきの病気 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名) 健診歴 : <input type="checkbox"/> これまでの健診で異常なし <input type="checkbox"/> 健診での異常 (発達・体重・身長・その他) 栄養 : <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク 離乳食開始時期: _____ ヶ月		
既往歴	これまでにかかった大きな病気: <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (型) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (型) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()		
予防接種	<input type="checkbox"/> Hib (回) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (回) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) <input type="checkbox"/> 四種混合 (回) <input type="checkbox"/> ロタウイルス (回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR (回) <input type="checkbox"/> 水痘 (回) <input type="checkbox"/> おたふく (回) <input type="checkbox"/> その他 ()		

(裏面へ)

裏 面

アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・食物 () ・薬物 () ・その他 ()		
(現在の) 食事	乳児	ミルク： <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク 1回の量 (cc) 回数 (回) /日 離乳食： <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期 回数 (回) /日	
	幼児	食べ方 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う <input type="checkbox"/> はしを使う 食事時間 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則 食事の量 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある 嫌いな物 ()	
排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけ <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中	
	小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでする 回数 (回) /日	
	大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでする 回数 (回) /日	
	したい時	<input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない	
お昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する		
すきな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 一人寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他 ()		
性格・くせ			
その他			

※伝えておきたい事や配慮して欲しいことがありましたら、その他欄にご記入下さい。