

診察券番号

記入日 年 月 日

## 病児保育登録書

フリガナ		愛称	性別	生年月日				
氏名			男・女	平成	年 月 日			
住所	〒							
TEL - -								
家族構成								
	氏名	続柄	勤務先	携帯番号				
保護者			TEL					
			TEL					
兄弟姉妹	男・女 ( 歳) 男・女 ( 歳) 男・女 ( 歳)							
通所施設	なし・( ) 保育所・幼稚園・こども園・幼保園・小学校							
予防接種歴	<p>◇接種済みのものに○を付けて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・BCG</li> <li>・シナジス</li> <li>・みずぼうそう (1回・2回)</li> <li>・四種混合 (1回・2回・3回・追)</li> <li>・おたふく (1回・2回)</li> <li> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>三種混合 (1回・2回・3回・追)</td> </tr> <tr> <td>不活化ポリオ (1回・2回・3回・追)</td> </tr> <tr> <td>生ポリオ (1回・2回)</td> </tr> </table> </li> <li>・B型肝炎 (1回・2回・追)</li> <li>・ヒブ (1回・2回・3回・追)</li> <li>・肺炎球菌 (1回・2回・3回・追)</li> <li>・麻疹・風疹 (1期・2期)</li> <li>・ロタウイルス (1回・2回・3回)</li> <li>・日本脳炎 (1回・2回・追・II期)</li> </ul>					三種混合 (1回・2回・3回・追)	不活化ポリオ (1回・2回・3回・追)	生ポリオ (1回・2回)
三種混合 (1回・2回・3回・追)								
不活化ポリオ (1回・2回・3回・追)								
生ポリオ (1回・2回)								
生育歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出生 ( ) 週 ( ) g</li> <li>・生まれつきの病気 : なし・あり (病名 )</li> <li>・乳幼児健診で異常を言われたこと</li> <li style="text-align: center;">なし・あり (発達・身長・体重・その他 )</li> </ul>							
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでにかかった大きな病気 : なし・あり (病名 )</li> <li>・これまでにかかった感染症 : なし・あり 突発性発疹・麻疹・風疹</li> <li style="text-align: center;">百日咳・みずぼうそう・おたふく</li> <li>・持病の有無 : なし・あり アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・てんかん</li> <li style="text-align: center;">気管支喘息・食事アレルギー</li> <li style="text-align: center;">熱性けいれん (最後 歳、これまでに 回)</li> <li style="text-align: center;">その他 ( )</li> </ul>							
常用薬	なし・あり ( )			平熱	℃			

アレルギー	環境	なし・あり（ ）		
	薬	なし・あり（ ）		
	食物	なし・あり	卵（加工可・完全除去）	牛乳（加工可・完全除去） 小麦（加工可・完全除去） 大豆（加工可・完全除去） その他（ ）
食 事	食事量	多い・普通・少ない・むらがある		
	食事方法	一人で食べる・食べさせてもらう・ 一人で食べようとするが不十分 箸で食べる・スプーン、フォークを使う・手づかみ		
	ミルクの量	（ ）時間ごとに（ ）ml		
	離乳食	初期・中期・後期（ ）回/日		
	食物除去	なし・あり（ ）		
	水分	コップ・ストロー・哺乳瓶		
	排 泄	自立・オムツ（常に使用・午睡時のみ使用・トレーニング中）		
午 睡	しない・する（時間帯： ～： ）			
人見知り	する・しない・激しくする	薬	好き・嫌い・時に吐く	
◇好きな遊び・おもちゃ・キャラクター等				
◇保育上気になること、配慮してほしいことがありましたらお書き下さい。				
◇当てはまるものに○をつけて下さい。（A～Cの場合は利用料の免除・減額申請が可能です。）				
A、生活保護世帯                      B、市町村民税非課税世帯				
C、旧生活保護基準該当世帯        D、市町村民税課税世帯				

※内容に変更のあった場合は、ご利用時にその旨お伝え下さい。

## 同 意 書

利用案内を十分理解し、書かれた内容に同意します。

年        月        日

保護者氏名：

\_\_\_\_\_