

病児・病後児保育事業利用登録申請

令和 年 月 日記入

ふりがな 児童氏名		性別		生年月日	H・R 年 月 日 歳 ヶ月
愛称					
保護者	氏名(父)	(歳)	携帯番号		
	氏名(母)	(歳)	携帯番号		
	自宅住所(〒)		自宅電話番号		
兄弟	歳 性別()・ 歳 性別()・ 歳 性別()				
保護者勤務先	父		連絡先		
	母		連絡先		
緊急連絡	① (連絡先名)		☎		
	② (連絡先名)		☎		
	③ (連絡先名)		☎		
通所施設名	(電話番号)				
かかりつけ医	(電話番号)				
周産期	妊娠中の異常：なし・あり(切迫早産・妊娠貧血・前置胎盤・その他)				
	出生時体重：()g				
	出産在胎日数：(週 日 ヶ月)				
	出生時の異常：なし・あり(保育器使用・酸素使用・チアノーゼ・その他)				
乳幼児の発達	首のすわり：()ヶ月 お座り：()ヶ月 一人歩き()ヶ月				
	栄養法：母乳・人口・混合				
	離乳食開始時期 前期：()ヶ月 中期：()ヶ月 後期：()ヶ月 幼児食：()ヶ月				
	※アレルギー：なし・あり()				
	人見知り：()ヶ月 母親の後追い(歳 ヶ月)				
初語(意味のある言葉)：(歳 ヶ月)					

予防接種	未接種	接種有				感染有	副反応あり
	インフルエンザ菌b型(Hib)		1回目	2回目	3回目	追加	
	小児肺炎球菌		1回目	2回目	3回目	追加	
	B型肝炎(HBV)		1回目	2回目	3回目		
	四種混合(DPT-IPV)		1回目	2回目	3回目	第1期追加	
	五種混合(DPT-IPV-Hib)		1回目	2回目	3回目	第1期追加	
	BCG		1回目				
	麻疹・風疹(MR)		第1期	第2期			
	水痘(水ぼうそう)		1回目	2回目			
	日本脳炎		1回目	2回目	第1期追加		
	ヒトパピローマウイルス(HPV)		1回目	2回目	3回目		
	*ロタウイルス1価<5価>		1回目	2回目	<3回目>		
	*おたふくかぜ		H・R 年 月 日	H・R 年 月 日			
*インフルエンザ		H・R 年 月 日	H・R 年 月 日				

感染症歴	はしか：(歳 カ月) 水ぼうそう：(歳 カ月) 風疹(歳 カ月)	
	百日咳：(歳 カ月) おたふくかぜ：(歳 カ月)	
	B型肝炎：(歳 カ月)→キャリアでは(ない・ある)	
	その他 (具体的に)	
病歴	熱性けいれん	なし・あり 初回 (歳 カ月) 最後 (歳 カ月) これまでに()回あり
	喘息 喘息性気管支炎	なし・あり 内服 (毎日飲んでいる・飲んでいない・発作時の) 吸入療法 (している・していない・発作時のみ)
	アレルギー	なし・あり (具体的に)
	アトピー性皮膚炎	なし・あり (治療内容 内服・食事療法)
	その他の病気 (具体的に)	
	入院歴	なし・あり (病名) (歳 カ月) (病名) (歳 カ月) (病名) (歳 カ月)
内服薬	(常時内服している薬があれば具体的に記入) ※種類・内服時間等	
食事	(医師より食事制限等指示ある場合。具体的に記入)	
その他	(体質や癖など心配なこと・配慮して欲しいことなど具体的に記入してください。)	