

病児保育利用登録書

年 月 日 記入

フリガナ	男	生年月日	平成・令和	年	月	日	生	平熱
氏名	女	(歳 月)						
自宅住所(〒 —)								電話

緊急連絡先		災害用連絡先メールアドレス	
通所保育施設		認可保育所・認定こども園・(小規模・事業所内・家庭的)保育事業所 ナースリールーム・家庭保育所 幼稚園・企業主導型保育事業所・その他の認可外保育施設	
かかりつけの 医師	医療機関名	医師名	
		電話	
家庭の状況	氏名	勤務先	携帯電話
父			電話
母			電話
兄弟姉妹：①男・女(歳) ②男・女(歳) 同居人： <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他の同居人()			
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 (週 日) 生まれつきの病気： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名：) 検診歴： <input type="checkbox"/> 乳幼児健診で異常を言われたことはない <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： 月 日		
既往歴	これまでにかかった大きな病気： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 内服薬： () これまでにかかった感染症： <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 持病の有無： <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 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <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"/> ヒブ(回・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(回・追加) <input type="checkbox"/> 4種混合(回・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹(回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(回・追加) <input type="checkbox"/> 水痘(回) <input type="checkbox"/> おたふく(回) <input type="checkbox"/> ロタウイルス(回) <input type="checkbox"/> B型肝炎(回) <input type="checkbox"/> その他()		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 食物 牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他() ・ 薬物 () ・ その他()		
食事	乳児	ミルク： <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク 1回量()ml 回数()回 離乳食： <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 回数()/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が不十分 <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 嫌いなもの()	
排泄	オムツ： <input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけ トイレ： <input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりでする したいとき： <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 寝るときのくせ(ひとり寝、添い寝、タオルをもって寝るなど) ()		
その他	体質、くせや性格、配慮してほしいこと、不安なことがあれば記入してください。		

記入者名 _____