

# 病児保育室利用登録兼児童表

(保護者 ⇒ キッズハウスおおかば病児保育室)

※利用登録する際（もしくはご利用前）に、ご記入ください。

令和 年 月 日記入

記入者名

ふりがな		生年月日		年	月	日生
氏名		(男・女)		歳		月
保 護 者	父・氏名			お子さんの愛称		
	母・氏名					
	自宅住所 (〒 )					
	自宅電話 - -					
きょうだい	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)	
職業	父		母			
緊 急 連 絡 先	父	1 (電話 勤務先名 )				
		2 (電話 勤務先名 )				
	母	1 (電話 勤務先名 )				
		2 (電話 勤務先名 )				
保育所名	電話		-	-		
かかりつけ医	電話		-	-		
周 産 期	妊娠中の異常 (なし・あり _____ )					
	出生時体重 g					
	出産は (予定通り・ 日早かった・遅かった) (在胎 週)					
	出産時の異常 (なし・あり _____ )					
乳 幼 児 期 の 発 達	首のすわり： カ月		おすわり： カ月		一人歩き カ月	
	栄養法 (母乳・人口・混合)					
	離乳食開始時期 (前期： カ月 中期： カ月 後期： カ月 幼児食： 歳 カ月)					
	人見知り： カ月		母親の後追い： 歳 カ月			
	初語 (意味のあることば)： 歳 カ月					
予 防 接 種	水痘： 1回目 ・ 2回目		麻疹・風疹混合： 1回目 ・ 2回目			
	日本脳炎： I期1回 ・ I期2回 ・ 追加 ・ II期					
	<input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 3種混合 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目					
	小児用肺炎球菌： 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目					
	ヒブ： 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目					
	B型肝炎： 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目			おたふくかぜ： 1回目 ・ 2回目		
	BCG： 年 月		その他 ( )			

感 染 症 歴	はしか： 歳 カ月 水ぼうそう： 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（キャリアーで ない・ある）	
	その他（具体的に）：	
こ れ ま だ の 病 気	熱性痙攣：初回 歳 カ月 最後は 歳 カ月（これまでに _____ 回）	
	喘息 喘息様気管支炎	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ 毎日 吸入療法を している・いない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある（治療は 内服薬・食事療法）
	アレルギー	ない・ある（食物・薬剤・動物・ゴム・アルコール、等） 〔ある〕にチェックした方は詳しくご記入下さい ( )
	その他の病気 （具体的に）	
	入院したこと	ない・ある（病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月）
常 時 内 服 し て い る 薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書き ください。（内服時間も）	
食 事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。	
そ の 他	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について具体的 にお書きください。	