

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。

20 (R)年 月 日記入 記入者名

ふりがな		生年月日 20 (R・H)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)
職業	父	母	歳 (男・女)
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・風しん混合： 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）：	
これまでの病気	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。	