

始良市病児・病後児保育事業 利用登録書

年 月 日

氏名	ふりがな	性別	生年月日
		男・女	年 月 日生
住所	〒 -		お子さんの愛称

家庭の状況	保護者氏名		連絡先	勤務先	
	ふりがな				職業
		続柄 〔 〕			勤務先
	ふりがな				職業
		続柄 〔 〕			勤務先
	兄弟姉妹	(続柄) (歳)		(続柄) (歳)	
(続柄) (歳)		(続柄) (歳)			

保育時の緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先名称	電話番号
	第1連絡者		携帯・勤務先 他 ()	
	第2連絡者		携帯・勤務先 他 ()	
	第3連絡者		携帯・勤務先 他 ()	

利用施設	通っている 保育園、幼稚園、学校など	通っている 児童発達支援事業所など	かかりつけ医

既往歴 (あるものに✓)	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	初回 歳 か月、 最後は 歳 か月 (これまでに 回) けいれん時の体温 ()、発作時間 () 発熱時の投薬指示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 兄弟姉妹の熱性けいれん <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 毎日薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> 発作時のみ (薬剤名:)
	<input type="checkbox"/> 喘息用気管支炎	<input type="checkbox"/> 毎日吸入療法をしている <input type="checkbox"/> 発作時のみ (薬剤名:)
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 内服薬 (薬剤名:)
	<input type="checkbox"/> その他の病気	具体的に記入してください
<input type="checkbox"/> 入院歴・手術歴	病名: 歳 か月のとき 病院名: フォロー: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	病名: 歳 か月のとき 病院名: フォロー: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
常用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (常時内服している薬がある場合、内服時間も含め具体的に記入してください。)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に記入してください)	
食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (主治医から食事制限の指示を受けている場合は、具体的に記入してください)	
予防接種	ヒブ	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	五種混合	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	四種混合	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	三種混合	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	ポリオ <input type="checkbox"/> 生ワク <input type="checkbox"/> 不活化 ※四種混合接種者は記入不要	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	BCG	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加
	MR (麻しん風しん)	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期
	おたふく	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期
	水痘	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
その他	心配なこと・配慮してほしいこと (お子さんのくせや発達で気になる状況など、具体的に記入してください)	