

病児保育事前登録書

年 月 日記入

記入者名

(続柄)

フリガナ 氏名		男・女	愛称	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所	〒 TEL				
かかりつけ医	TEL				
家庭の状況	父・氏名	(歳)	勤務先名	TEL	
	母・氏名	(歳)	勤務先名	TEL	
	兄弟・姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
緊急時の連絡先	氏名	TEL	(対象者との続柄)		
周産期	・出生体重 g ・出産時の異常 無・有 ()				
乳児期の発達	・首のすわり (ヶ月) ・おすわり (ヶ月) ・一人歩き (歳 ヶ月) ・栄養法 (母乳・人工・混合) ・初語(意味のある言葉)(歳 ヶ月) ・離乳食開始時期 開始 ヶ月 現在の食事: 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了 ・ 幼児食				
予防接種	BCG	未・済			
	MR(麻疹・風疹)	未・済			
	ポリオ(□生ワク □不活化) ※四種・五種混合接種者は記入不要	未・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	□三種 □四種混合 □五種混合	未・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 追加			
	日本脳炎	未・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 追加済			
	ヒブワクチン ※五種混合接種者は記入不要	未・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	肺炎球菌	未・ 1回目済 ・ 2回目済 ・ 3回目済 ・ 4回目済			
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未・ 1回目済 ・ 2回目済			
	水痘	未・ 1回目済 ・ 2回目済			
	B型肝炎(HB)	未・済 その他			
既往歴	・麻疹(はしか) ・水痘(みずぼうそう) ・風疹 ・百日咳 ・てんかん ・アトピー性皮膚炎 ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・川崎病 ・熱性けいれん ・気管支喘息 ・結核 ・その他 ()				
食事	食物アレルギー 無・有 食品名:				
その他	配慮してほしいことがあれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や、手術歴・既往歴・気になる発達など)				