様式第１号(第６条関係)

# 神埼市病児･病後児保育室　児童登録票

登録番号　No.＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日記入　　記入者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏　　名 | 男<br>女 | 生年月日　令和　　年　　月　　日生<br>＿＿＿歳＿＿＿月 | |
| 保護者 | 父：氏名　（　　歳） | お子さんの愛称 | |
| | 母：氏名　（　　歳） | | |
| | 住民登録地（〒　　－　　）<br>電話番号　　－　　－ | | |
| | 自 宅 住 所（〒　　－　　）<br>電話番号　　－　　－<br>※住民登録地と同住所の場合は、同上とご記入ください。 | | |
| きょうだい | 歳（男・女）　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（携帯電話　　） | |
| | 母 | １（電話　　勤務先名　　） | |
| | | ２（携帯電話　　） | |
| | 父母以外の方<br>（続柄：　） | １（電話　　勤務先名　　） | |
| | | ２（携帯電話　　） | |
| 保育所等の園名 | 電話　　－　　－ | | |
| かかりつけ医名 | 電話　　－　　－ | | |
| 周産期 | 妊娠中の異常　なし　・　あり　（具体的に：　　）<br>出生時体重　　g<br>出産は　（予定通り・　　日　早かった・遅かった）　（在胎　　週）<br>出産時の異常　なし　・あり　（具体的に：　　） | | |
| 乳児期の発達 | 首のすわり：＿＿＿ヵ月　おすわり：＿＿＿ヵ月　一人歩き：＿＿＿ヵ月<br>栄養法　（母乳・人工・混合）<br>離乳食完了時期　未（前期・中期・後期）　済（＿＿＿＿＿ヵ月）<br>人見知り：＿＿＿ヵ月　母親の後追い：＿＿＿歳＿＿＿ヵ月<br>初語（意味のあることば）：＿＿＿歳＿＿＿ヵ月 | | |

| | |
|---|---|
| 予防接種等 | **ロタウイルス**　未・１・２・３　　**ＢＣＧ**　未・済<br>**ポリオ**　未・済　　生ワクチン：１・２<br>不　活　化：１・２・３・４<br>**肺炎球菌**　未・１・２・３・追加　　**ヒブ**　未・１・２・３・追加<br>**三種混合**　未・Ⅰ期　１・２・３・追加<br>**四種混合**　未・１・２・３・追加<br>**麻疹風疹**　未・Ⅰ期・Ⅱ期　　**日 本 脳 炎**　未・Ⅰ期　１・２・追加<br>**おたふくかぜ**　未・１・２・かかった　　**水ぼうそう**　未・１・２・かかった<br>**Ｂ型肝炎　γ－グロブリン**　１・２　　**Ｂ型肝炎ワクチン**　１・２・３<br>**その他**（具体的に） |

| | | |
|---|---|---|
| これまでの病気 | け　い　れ　ん | 無　・　有（　　回）　最後のけいれんは（　　年　　月　　日） |
| | 喘　　息<br>喘息様気管支炎 | ない　・　ある<br>毎日　薬を　飲んでいる　・　いない　・　発作時だけ<br>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　（　　） |
| | かかった病気 | ・突発性発疹　　・百日咳　　・麻疹　　・風疹<br>・中耳炎 |
| | その他の病気<br>（具体的に） | |
| | 入院したこと | ない　・　ある　（病名　　歳　　ヵ月）<br>（病名　　歳　　ヵ月）<br>（病名　　歳　　ヵ月）<br>（病名　　歳　　ヵ月） |

| | |
|---|---|
| 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。<br>（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。 |